

УДК 340 (61)
ББК 67.022.1 (51.1.)
А 43

Под общей редакцией:

директора Ижевского института (филиала) ВГУЮ (РПА Минюста России), Почетного работника высшего профессионального образования Российской Федерации, кандидата юридических наук К.Г. Дедюхина;

министра здравоохранения Удмуртской Республики, Заслуженного работника здравоохранения Российской Федерации И.Г. Титова.

А Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: вопросы теории и практики: сборник научных статей, докладов международной научно-практической конференции 18 апреля 2019 года / под общ. ред. К.Г. Дедюхина, И.Г. Титова; Ижевский ин-т (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России). – Ижевск: Ижевский ин-т (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России), 2019. – 293 с. – ISBN 978-5-00094-601-5

Сборник составлен по материалам, представленным участниками Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: вопросы теории и практики».

Сборник рассчитан на преподавателей, научных работников, аспирантов, студентов, медицинских работников и юристов.

УДК 340 (61)
ББК 67.022.1 (51.1.)

*Издается по решению Ученого совета
Ижевского института (филиала) ВГУЮ (РПА Минюста России)*

Тексты публикаций представлены в авторской редакции

© ВГУЮ (РПА Минюста России), 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| 1. Приветственное слово директора Ижевского института (филиала) ВГУЮ (РПА Минюста России) К.Г. Дедюхина..... | 7 |
| 2. Приветственное слово министра здравоохранения Удмуртской Республики И.Г. Титова..... | 7 |
| 3. <i>Сумин Сергей Александрович, Ярославкин Роман Александрович.</i> Проблемы правовой оценки действий врача и качества медицинской помощи..... | 8 |
| 4. <i>Ананич Светлана Михайловна.</i> Проблемы реализации права на отказ от посмертного донорства совершеннолетних дееспособных граждан в законодательстве Республики Беларусь..... | 16 |
| 5. <i>Антюшин Сергей Сергеевич.</i> Медицинское право как основа здравоохранения – фактора безопасности и стабильности России..... | 23 |
| 6. <i>Ахметгалева Анастасия Фаязовна.</i> Теоретические аспекты и особенности правоприменительной практики при привлечении медицинских работников к уголовной ответственности за совершение преступлений, предусмотренных ст. 238 уголовного кодекса Российской Федерации..... | 29 |
| 7. <i>Барашков Григорий Михайлович.</i> К вопросу о дополнительной правовой защите медицинских работников при исполнении ими служебных обязанностей..... | 44 |
| 8. <i>Басова Алла Викторовна, Евтеева Анастасия Александровна, Абдурахманов Арсен Касумович.</i> Теоретико-правовые проблемы природы однополых сексуальных отношений в России..... | 48 |
| 9. <i>Бездетко Георгий Игоревич.</i> Медицинские риски и врачебные ошибки в практике правоприменения..... | 52 |
| 10. <i>Богданова Елена Петровна.</i> Правовое просвещение медицинских работников: теоретико-правовой аспект..... | 55 |
| 11. <i>Бурт Альбина Анасовна, Пустовалов Андрей Рудольфович.</i> Правовые вопросы обеспечения материнских прав женщин в следственных изоляторах ФСИН России..... | 58 |
| 12. <i>Василько Алексей Васильевич.</i> Некоторые актуальные проблемы правового регулирования телемедицинских услуг..... | 64 |
| 13. <i>Войтович Валерий Юрьевич.</i> Теоретико-правовой анализ концепции безопасности медицинских работников..... | 69 |
| 14. <i>Вострокнутов Михаил Евгеньевич.</i> Нормативно-правовые аспекты, оказывающие влияние на показатель летальности от инфекционной патологии в пенитенциарных учреждениях..... | 75 |
| 15. <i>Гарипова Алина Ильдаровна, Калугина Надежда Геннадьевна.</i> Медицинские риски и пути их преодоления..... | 79 |
| 16. <i>Гарифуллина Светлана Викторовна.</i> Проблемы освобождения медицинских организаций от гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни (здоровью) пациента..... | 81 |
| 17. <i>Демидов Николай Вольтович, Коновалов Максим Павлович.</i> Реализация норм об эффективном контракте в здравоохранении..... | 86 |
| 18. <i>Дергачев Валерий Федорович, Большаков Олег Владимирович.</i> Формирование здорового образа жизни молодежи в Удмуртской Республике: правовой аспект..... | 91 |
| 19. <i>Дорина Виктория Валерьевна.</i> Право на охрану здоровья в контексте реализации целей устойчивого развития в Республике Беларусь..... | 95 |

| | |
|--|-----|
| 20. Дюжева Елена Викторовна, Свинцов Александр Сергеевич. Нормативно-правовые аспекты контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении уголовно-исполнительной системы..... | 100 |
| 21. Дюжева Елена Викторовна. Метадоновая заместительная терапия: социальные и нормативно-правовые аспекты применения в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации..... | 103 |
| 22. Емельянов Алексей Сергеевич. Возможности экспертной оценки биофизических свойств периферических нервов в аспекте подготовки молодых специалистов..... | 106 |
| 23. Ильин Александр Валентинович. Юридическая ответственность медицинских работников (уголовно-правовой, уголовно-процессуальный аспекты)..... | 109 |
| 24. Зашихин Валерий Сергеевич. Историко-правовые аспекты внедрения комплекса «ГТО» как основы здорового образа жизни..... | 112 |
| 25. Калугин Станислав Станиславович. Борьба с коррупцией в сфере медицины..... | 117 |
| 26. Кондаурова Ольга Петровна. Институт медиации при возникновении споров и конфликтов в сфере здравоохранения..... | 121 |
| 27. Королева Юлия Дмитриевна, Богданова Елена Петровна. Право на эвтаназию: российский и зарубежный опыт..... | 123 |
| 28. Кузнецов Михаил Юрьевич. Тенденции к развитию уголовно-правовой ответственности медицинских работников..... | 130 |
| 29. Левина Вера Наумовна. Противоречивость тенденции сближения медицинского права и медицинской этики..... | 133 |
| 30. Лобовикова Ксения Олеговна. Способы и формы защиты прав пациента при ненадлежащем оказании медицинской помощи..... | 137 |
| 31. Луковников Григорий Дмитриевич. Судебно-медицинская экспертиза как средство доказывания нарушений медицинскими работниками профессиональных обязанностей..... | 140 |
| 32. Мальшева Ангелина Игоревна. Система законодательства российской федерации, регламентирующего оборот (обращение) лекарственных средств..... | 144 |
| 33. Маслова Алёна Владимировна. Врачебная тайна как главная обязанность медицинских работников в современном мире..... | 148 |
| 34. Маслова Надежда Сергеевна. Правовое регулирование финансирования медицинской деятельности..... | 151 |
| 35. Марданов Дмитрий Нургаянович, Орлова Ольга Викторовна, Агеев Денис Павлович. Обязанности и права лечебного учреждения при соблюдении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий..... | 154 |
| 36. Молчанова Светлана Валентиновна. Особенности установления уголовной ответственности медицинских работников за причинение смерти по неосторожности..... | 158 |
| 37. Наговицына Елена Николаевна, Маслова Надежда Сергеевна. Юридические аспекты дефектов медицинской документации: проблемы правоприменения..... | 162 |
| 38. Николаева Елена Владимировна, Сорокин Эдуард Павлович, Ивашкина Елена Викторовна. Нормативные акты, регламентирующие порядок действий медицинского персонала в случае возникновения опасности профессионального контакта с ВИЧ-инфекцией..... | 165 |
| 39. Никонов Юрий Тимофеевич. Дисциплинарная ответственность медицинских работников как разновидность юридической ответственности: понятие и виды..... | 170 |

| | |
|---|-----|
| 40. Печерских Николай Александрович. Прогулки к Осирису, туда и обратно..... | 175 |
| 41. Поволоцкая Наталья Валерьевна, Морозова Светлана Михайловна, Арасланов Олег Нариманович. Правовые проблемы оказания платных медицинских услуг, входящих в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи..... | 182 |
| 42. Поздеев Алексей Родионович, Шепелев Сергей Валерьевич. Допрос медицинских работников при расследовании дел о ненадлежащем оказании медицинской помощи: критерии оценки эффективности..... | 189 |
| 43. Пономарев Алексей Михайлович, Яркеев Алексей Владимирович. Дисциплинарные границы биоэтики в области медицины..... | 194 |
| 44. Пономарева Анна Александровна. Возмещение вреда медицинской организацией за некачественное оказание услуг: проблемы теории и практики..... | 198 |
| 45. Поторочин Андрей Георгиевич, Мартьянов Евгений Викторович. Правовое обеспечение формирования здорового образа жизни студентов..... | 202 |
| 46. Пустовалов Андрей Рудольфович. Теоретико-правовой анализ принципов организации медицинского обеспечения по оказанию медицинской помощи и медицинских услуг в Российской Федерации..... | 206 |
| 47. Ретина Сабина Дашгын кызы, Ильина Ольга Игоревна. Нормативное регулирование отношений защиты сведений, составляющих врачебную тайну..... | 211 |
| 48. Симакова Надежда Ивановна. Особенности заключения трудового договора с медицинскими работниками..... | 214 |
| 49. Стяжкина Светлана Николаевна, Ситников Вениамин Арсеньевич, Михалева Ирина Сергеевна, Валинуров Артур Азатович, Мерзлякова Юлия Сергеевна, Гилязова Алия Рамилевна. Врачебные ошибки и халатность. юридические основы..... | 218 |
| 50. Сорокин Эдуард Павлович, Ивашкина Елена Викторовна, Николаева Елена Владимировна. Информированное добровольное согласие в практике врача стационара..... | 222 |
| 51. Соколов Вениамин Полиектович. Правовые основы деонтологических требований при медицинском обслуживании..... | 226 |
| 52. Трефилова Елена Николаевна. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный при осуществлении медицинской деятельности в медицинской организации..... | 231 |
| 53. Шавеко Николай Александрович. Проблемы обеспечения права на информацию о платных медицинских услугах..... | 234 |
| 54. Шамсутдинова Рушана Закировна. Актуальные вопросы административной ответственности за ненадлежащее выполнение медицинскими работниками своей профессиональной деятельности..... | 237 |
| 55. Шепелев Сергей Валерьевич. Взаимодействие следователей Следственного комитета Российской Федерации и судебно-медицинских экспертов при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи..... | 241 |
| 56. Шимкович Марина Николаевна. Здравоохранение и медицинское страхование: перспективы развития в Республике Беларусь..... | 244 |
| 57. Щенина Татьяна Евгеньевна. Защита прав потребителей в сфере оказания медицинских услуг: вопросы теории и практики..... | 248 |
| 58. Щёголева Елена Анатольевна. Право на качество через призму обязанностей..... | 252 |

| | |
|---|-----|
| 59. <i>Абрарова Рита Фанисовна.</i> Некоторые проблемы законодательства об оказании медицинской психиатрической помощи при составлении завещательного документа..... | 256 |
| 60. <i>Алексеева Анна Андреевна.</i> К вопросу о нарушении установленных правил в сфере обращения медицинских изделий..... | 259 |
| 61. <i>Вахитова Алия Айратовна.</i> Введение уголовной ответственности медицинским работникам..... | 263 |
| 62. <i>Сафонов Владислав Александрович.</i> Некоммерческая организация - ассоциация, как один из действенных способов защиты прав медицинских работников..... | 267 |
| 63. <i>Фетищева Александра Сергеевна.</i> Причинение смерти по неосторожности медицинскими работниками: проблемы теории и практики..... | 274 |
| 64. <i>Чураков Владимир Владимирович, Калугина Надежда Геннадьевна.</i> Защита прав медицинских работников при исполнении ими служебных обязанностей от противоправных посягательств..... | 278 |
| 65. <i>Шабалина Вероника Анатольевна.</i> Административная ответственность в сфере народной медицины..... | 281 |
| 66. <i>Штенникова Екатерина Валерьевна.</i> Проблема квалификации незаконного проведения прерывания беременности субъектами, имеющими высшее медицинское образование..... | 285 |
| 67. <i>Юшкова Анна Михайловна.</i> Проблемы возмещения вреда, причиненного в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг..... | 289 |

Уважаемые участники конференции!

Приветствую всех Вас с важным научным событием – проведением международной научно-практической конференции на тему, актуальную для общества любого государства - «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: вопросы теории и практики».

Круг участников конференции свидетельствует о тесном международном, межведомственном и межвузовском взаимодействии научно-педагогических работников, практикующих юристов, врачей и сотрудников правоохранительных органов, а также всех тех, кто не равнодушен к проблемам, возникающим в области медицинского права.

Убежден, что сегодня будет затронут широкий спектр вопросов правового регулирования, связанных не только с защитой конституционных прав граждан на жизнь и здоровье, но и защитой прав других участников правоотношений в сфере оказания медицинской помощи и оказания медицинских услуг населению – медицинских работников.

Наш институт (филиал) стал первым учебным заведением в республике, выпускающим магистров-юристов в сфере здравоохранения, что стало результатом конструктивного взаимодействия между Министерством здравоохранения и нашим учебным заведением. Думаю, что наше дальнейшее взаимодействие в данном направлении будет продолжено.

Желаю всем участникам конференции конструктивной работы и творческих удач!

Директор Ижевского института (филиала)
ВГУЮ (РПА Минюста России),
кандидат юридических наук

Константин Георгиевич Дедюхин

Уважаемые участники конференции!

Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: вопросы теории и практики» проводится в знаменательный для нашей республики год - Год здоровья, объявленный Главой Удмуртской Республики А. В. Бречаловым.

Всех собравшихся в этом зале участников объединяют вопросы, связанные с медициной, правовым регулированием медицинской деятельности, оказанием качественных медицинских услуг.

Желаю всем участникам конференции успешной работы, согласованных действий и конструктивных решений.

Надеюсь на дальнейшее тесное взаимодействие ученых и практиков, юридического сообщества по вопросам дальнейшего совершенствования нормативно-правового регулирования медицинской деятельности.

Коллективу Ижевского института (филиала) ВГУЮ (РПА Минюста России) желаю достичь успехов в обучении и подготовке ответственных, высококвалифицированных юристов в области медицинского права!

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики

Игорь Георгиевич Титов

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОЙ ОЦЕНКИ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сумин Сергей Александрович,
*доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации,
г. Курск*

Ярославкин Роман Александрович
*адвокат коллегии адвокатов Железнодорожного округа г. Курска адвокатской
палаты Курской области; клиническая ординатура по специальности
«Судебно-медицинская экспертиза»,
г. Курск*

THE PROBLEMS OF LEGAL EXPERTISE OF MEDICAL PRACTICE AND THE QUALITY OF MEDICAL CARE

Sumin Sergey Aleksandrovich
doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of anesthesiology, reanimatology and intensive care, Kursk State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk

Yaroslavkin Roman Aleksandrovich
lawyer College of Zhelesnodorozhny district of Kursk city of the Bar of Attorneys of Kursk region, Lawyer; clinical residency in Forensic Medicine, Kursk

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблеме правовой оценки действий врача и качества медицинской помощи. Проведён анализ личного участия по гражданским и уголовным делам, обусловленным неблагоприятными исходами медицинской помощи и действующего законодательства в сфере здравоохранения. Выявлены проблемы, влияющие на объективность правовой оценки действий врача и качества медицинской помощи:

1) отсутствие в нормативно-правовых актах определения термина «дефект оказания медицинской помощи»;

2) отсутствие до 01.01.2022 г. подробного правового регулирования оказания медицинской помощи при конкретных заболеваниях;

3) отсутствие в части заключений экспертов ссылок на нормативные документы, регламентирующие медицинскую деятельность.

Вывод о ненадлежащем исполнении врачом профессиональных обязанностей или о некачественном оказании медицинской помощи может быть объективным только при установлении конкретных нарушений нормативных документов, регулирующих сферу здравоохранения.

Ключевые слова: дефект оказания медицинской помощи; нормативные документы, регулирующие сферу здравоохранения; проблема обоснованности.

ABSTRACT

To actualize the issues of legal expertise of medical practice. The authors analyzed their personal experience in dealing with civil and criminal affairs connected with medical cases with adverse outcome.

It was found the follow problems that influence the legal expertize of medical practice and the quality of patient's care:

- 1) the term "defect of medical care" is not determined in legal acts;
- 2) the precise legal regulation of medical care for different diseases will not be provided until 01.01.2022;
- 3) the expert's opinions do not contain the references to legal acts which regulate medical care.

The expert's opinion about the doctor's malpractice and low quality of provided medical care is objective only in case of establishment of concrete defection of normative acts which regulate health care.

Keywords: efect of the medical care providing, complex normative legal acts in health care; the problem of reasonability of expert conclusions.

Конституция Российской Федерации в части первой статьи 41 провозглашает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь [7]. Нарушение этого принципа в зависимости от наступивших последствий влечёт за собой уголовную ответственность медицинского работника и (или) административную и гражданско-правовую ответственность как врача, так и медицинской организации.

Характер такой ответственности и её пределы определяется правоприменительными органами на основании оценки действий врача и качества оказания медицинской помощи по совокупности доказательств.

Как указано в статье 67 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации [5] и в статье 17 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации [17], никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы. Фактически же при оценке действий врача и качества медицинской помощи приоритет отдаётся заключению эксперта (Пример 1), поскольку решение вопросов о наличии или отсутствии дефектов оказания медицинской помощи, их квалификации по тяжести вреда здоровью и связи с неблагоприятным для пациента исходом требует специальных познаний и проведения судебно-медицинской экспертизы. Такие экспертизы являются комплексными и проводятся с привлечением в качестве экспертов врачей узких специальностей, в задачу которых входит выявление профильных дефектов оказания медицинской помощи. Иные доказательства при этом играют вспомогательную роль и трактуются в зависимости от выводов эксперта, которые достаточно часто бывают не обоснованы нормативно-правовыми актами, регулирующими медицинскую деятельность.

Пример № 1

Цитата из апелляционного определения Курского областного суда: «...мнение специалиста, на которое ссылается ответчик в апелляционной жалобе, не является экспертным заключением и доказательством, на котором может основываться решение суда».

Личный опыт участия авторов данной статьи по делам, связанным с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи, позволил выявить следующие проблемы, влияющие на объективность правовой оценки действий врача и качества медицинской помощи.

Проблема первая – определение термина «дефект оказания медицинской помощи» нормативно не урегулировано.

Пунктом 25 приказа Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» [10] предусмотрено, что ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение

вреда здоровью. Однако официального определения термина «дефект оказания медицинской помощи», закреплённого в законе, приказе Минздрава России или ином нормативно-правовом акте, не существует.

В специальной научной литературе термин «дефект оказания медицинской помощи» либо не раскрывается, либо понимается авторами по-разному [1, 2, 3, 4, 12, 16], что противоречит закону тождества формальной логики, приводит к отсутствию единообразия в оценке неблагоприятных исходов медицинской помощи и ставит под сомнение достоверность любого вывода о наличии или отсутствии дефекта оказания медицинской помощи.

Закон тождества впервые был сформулирован Аристотелем, современные его формулировки несколько отличаются, но суть сводится к тому, что при рассмотрении понятия его содержание и объём должны оставаться неизменными:

- закон тождества (лат. *lex identitatis*) – один из четырёх законов формальной логики, согласно которому каждая мысль, которая приводится в данном умозаключении, при повторении должна иметь одно и то же определённое, устойчивое содержание [6];
- закон тождества – закон логики, согласно которому в процессе рассуждения каждое осмысленное выражение (понятие, суждение) должно употребляться в одном и том же смысле [21].

Отсутствие нормативно урегулированного определения термина «дефект оказания медицинской помощи» порождает ситуации, когда некоторые эксперты дефектами оказания медицинской помощи ошибочно считают неблагоприятные последствия для здоровья и жизни пациента, обусловленные несовершенством медицины и являющиеся по смыслу части 1 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» риском, связанным с методами оказания медицинской помощи: побочные действия лекарственных средств, повреждения кровеносных сосудов и внутренних органов при эндоскопических операциях, катетеризации центральных вен, постинтубационные осложнения, связанные с интубацией трахеи и т.д. [11, 12, 13, 14, 15].

Проблема вторая – подробное правовое регулирование оказания медицинской помощи при конкретных заболеваниях будет отсутствовать до 01.01.2022 г.

В настоящее время организация оказания медицинской помощи осуществляется в соответствии с положениями об организации медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, что регламентировано частью 1 статьи 37 действующей редакции Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [18].

Федеральным законом от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ [19] внесены изменения в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций. Этот закон вступил в силу с 01.01.2019 г., а его положения, касающиеся применения клинических рекомендаций, их включения в требования к доступности и качеству медицинской помощи и к оказанию медицинской помощи на их основе, вступят в силу с 01.01.2022 г.

Из пункта 23 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ известно, что клинические рекомендации – это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учётом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

Таким образом, до 01.01.2022 г. объективная и всесторонняя правовая оценка действий врача при оказании медицинской помощи пациенту с конкретным заболеванием

будет затруднена отсутствием соответствующих клинических рекомендаций, поскольку действующие порядки оказания медицинской помощи носят общий характер, а стандарты являются медико-экономическими и регулируют частоту предоставления медицинских услуг.

Проблема третья – проблема обоснованности выводов экспертов нормативными документами, регламентирующими медицинскую деятельность.

Правовая оценка действий врача и качества медицинской помощи всегда опирается на такой вид доказательства как заключение эксперта. Если при проведении комплексной судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) по делу, связанному с неблагоприятным исходом оказания медицинской помощи, не установлены конкретные нарушения нормативных документов, регламентирующих медицинскую деятельность, то нельзя говорить о ненадлежащем выполнении врачом своих профессиональных обязанностей или о некачественном оказании медицинской помощи.

В статьях 8 и 25 Федерального закона от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 08.03.2015г.) указано, что любой вывод СМЭ должен быть обоснован. К сожалению, зачастую заключения СМЭ не соответствуют требованиям ФЗ № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» [20].

По данным А.М. Лобанова и соавторов (2010) при проведении анализа 25 тысяч заключений судебно-медицинских экспертов Москвы, ряда областей Российской Федерации и регионов бывшего СССР было установлено, что в 96% заключений содержались пункты выводов (от одного до всех), которые не были обоснованы. Такие «выводы» исключают возможность их проверки, из имеющихся формулировок невозможно понять, почему эксперт считает так, а не иначе. Интересно отметить, что 32% бездоказательных выводов содержали спорные положения, а 11% были ошибочными» [8].

Определение термина «качество медицинской помощи» дано в пункте 21 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Требования к доступности и качеству медицинской помощи содержатся в статье 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, пунктом 4 которой предусмотрено применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи [18].

С 01.07.2017 г. действуют подробные Критерии оценки качества медицинской помощи, утверждённые приказом Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н [9], регулирующие оценку своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Процитированные правовые нормы предполагают, что вывод эксперта о некачественном (ненадлежащем) оказании медицинской помощи должен быть основан на выявлении конкретных нарушений порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и Критериев оценки качества медицинской помощи.

Эти требования закона не всегда соблюдаются экспертами, что можно проиллюстрировать следующими примерами.

Пример № 2

Заключение эксперта № 190/09

Федеральное государственное учреждение Российский центр судебно-медицинской экспертизы федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Вопрос №9. «Правильной ли были тактика и объем медицинской помощи на каждом из этапов развития аллергической реакции? Какими правовыми актами определяется порядок ее оказания при ранее имеющихся, а также возникшей в период оказания медицинской помощи при данной патологии?»

Ответ. 1. Тактика и объем медицинской помощи, за исключением позднего проведения трахеостомии, необходимой для устранения препятствий воздушной проходимости была правильной.

2. Изучение правовых актов не входит в компетенцию комиссии экспертов.

(Выделение текста – авторами статьи).

Хотелось бы обратить внимание, что данное Заключение эксперта датируется 2009 годом, т.е. на момент его написания прошло восемь лет после принятия Федерального закона от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" [20].

Пример № 3

28.08.2017 г. в г. Курске по части 2 статьи 109 УК России за причинение пациенту смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей был осуждён врач-оториноларинголог.

Суть уголовного дела заключалась в следующем.

Пациент употреблял в пищу кролика и вдохнул кость, после чего был доставлен на автомобиле скорой помощи в приёмное отделение одной из городских больниц с инородным телом дыхательных путей.

В приёмном отделении пациент свободно передвигался и разговаривал, что было зафиксировано видеокамерой, а запись признана вещественным доказательством.

Дежурный ЛОР-врач осмотрел пациента методом непрямой ларингоскопии (при помощи гортанного зеркала) и выявил расположение кости под голосовыми складками гортани.

При определении тактики оказания медицинской помощи ЛОР-врач оказался перед выбором:

- первый вариант: попытаться извлечь кость при помощи гортанных щипцов, введя их под голосовые складки гортани, с риском развития у пациента асфиксии (удушья) вследствие спазма голосовых складок;
- второй вариант: с учётом удовлетворительного состояния пациента направить его на реанимобиле в областную больницу для извлечения инородного тела более щадящим эндоскопическим методом при помощи фибробронхоскопа, которым не располагала городская больница.

В обоих случаях для жизни пациента имелся риск, не поддающийся количественной оценке, абсолютно безопасного варианта не было.

На выбор ЛОР-врача влияли требования трёх документов:

1) должностной инструкции, обязывающей врача-оториноларинголога руководствоваться в своей работе положением о больнице, официальными документами, утверждёнными Минздравом России, указаниями и распоряжениями заведующего отделением и других вышестоящих должностных лиц;

2) положения об отоларингологическом отделении больницы, обязывающего сотрудников отделения руководствоваться приказами Минздравсоцразвития России, комитета здравоохранения, распоряжениями и приказами администрации больницы;

3) приказа комитета здравоохранения Курской области № 463 от 28.12.2011 г. «О совершенствовании преемственности при госпитализации больных и пострадавших бригадами скорой медицинской помощи в стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения на территории города Курска», предусматривающим круглосуточную госпитализацию больных всех возрастов с инородными телами дыхательных путей в отоларингологическое или торакальное отделение областной клинической больницы.

Исходя из установленного диагноза, технической оснащённости, состояния пациента, отсутствия официально утверждённого порядка действий в такой ситуации и требований приказа комитета здравоохранения Курской области, ЛОР-врач принял решение направить пациента на реанимобиле в областную больницу для удаления инородного тела эндоскопическим методом.

Пациент самостоятельно прошёл в реанимобиль, сотрудники скорой помощи увезли его в областную больницу.

В пути состояние пациента стало ухудшаться вследствие отёка дыхательных путей, реанимационные мероприятия в областной больнице оказались безрезультатными, спасти ему жизнь не удалось.

По уголовному делу было проведено несколько комплексных судебно-медицинских экспертиз в одном и том же составе. Эксперт-оториноларинголог посчитал, что его коллега допустил дефект оказания медицинской помощи, так как не удалил инородное тело методом непрямой ларингоскопии при помощи гортанных щипцов.

В экспертных заключениях было указано: «На настоящее время каких-либо официальных нормативных документов, регламентирующих диагностику и лечение экстренной патологии «Инородное тело гортани, трахеи, бронха» (Порядков, Стандартов оказания медицинской помощи, Клинических рекомендаций, Медицинских технологий), утвержденных в установленном порядке Министерством здравоохранения Российской Федерации, нет» (орфография и пунктуация первоисточника сохранены).

В суде эксперт-оториноларинголог пояснил:

«... на вопрос защитника: «Можете ли Вы назвать обязательный документ как-то стандарт оказания медицинской помощи или протокол оказания медицинской помощи, в котором написано, что инородные тела подскладочного пространства гортани удаляют методом непрямой ларингоскопии?»

- эксперт: «Таких нормативных документов не существует. Есть только статьи и учебные пособия»;

- на вопрос защитника: «Существует ли нормативный документ, который запрещал бы [фамилия ЛОР-врача] направлять [фамилия пациента] в [наименование областной больницы] для удаления инородного тела путем фибробронхоскопии с учетом клинических проявлений заболевания у [фамилия пациента] на момент его осмотра в [наименование городской больницы]?»

- эксперт: «Такого документа нет» (цитата по протоколу судебного заседания, орфография и пунктуация первоисточника сохранены)

Итог:

1) согласно должностной инструкции, ЛОР-врач обязан был руководствоваться официальными нормативными документами;

2) нормативного регулирования конкретных способов и сроков удаления инородных тел дыхательных путей в рассматриваемой ситуации не было;

3) доводы стороны защиты об отсутствии состава преступления ввиду обоснованного риска судом были отвергнуты, поскольку экспертиза расценила действия ЛОР-врача как дефект оказания медицинской помощи, а «не доверять эксперту нет оснований»;

4) обвинительный приговор вступил в силу.

Пример № 4

27.02.2019 г. в г. Белгороде вступило в силу постановление суда о возвращении прокурору уголовного дела в отношении врача анестезиолога-реаниматолога, обвиняемого по части 2 статьи 109 УК России в причинении пациентке смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

Суть уголовного дела заключалась в следующем.

В реанимационное отделение одной из больниц г. Белгорода в крайне тяжёлом состоянии, обусловленном патологией беременности и оперативным вмешательством, поступила пациентка.

По версии органов предварительного следствия, врачом-анестезиологом реаниматологом была произведена катетеризация подключичной вены, ставшая причиной образования повреждения стенки сосуда, межрёберных мышц, пристеночной плевры с проникновением катетера в грудную полость, что привело к развитию геморрагического шока. Врачу вменялось ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей следующего характера: не было установлено причин ухудшения состояния здоровья пациентки, не были приняты исчерпывающие меры к их установлению, не было диагностировано осложнение катетеризации подключичной вены.

В одном из заключений эксперта содержались такие выводы:

«... эксперт комиссии считает, что врачом реаниматологом была дана неверная оценка сложившейся клинической ситуации и не были проведены необходимые диагностические мероприятия имеющие основания, в связи с чем повреждение подключичной вены не было установлено прижизненно. Таким образом, исполнение профессиональных обязанностей данным медицинским работником следует признать ненадлежащим ... Следует отметить, что проведение тех или иных исследований при оказании медицинской помощи предопределяется наличием материально-технической возможности, императивными нормами, прямо предусматривающими проведение тех или иных мероприятий, а также при наличии оснований. В настоящее время не установлена императивная норма, в которой бы содержались указания о сроке проведения диагностических инструментальных методов обследования после проведения катетеризации подключичной вены. Однако реаниматолог в соответствии с общепринятыми в медицине принципами, должен был понимать, что при появлении непосредственно после проведения манипуляции, сопряженной с высоким риском развития осложнений, сомнительно и неоднозначно трактуемых признаков и симптомов, могущих свидетельствовать о наличии угрожающего жизни состояния, пациентке может потребоваться оказание экстренной помощи» (орфография и пунктуация первоисточника, выделение текста – авторами статьи).

Вышеуказанное мнение эксперта о ненадлежащем выполнении врачом анестезиологом-реаниматологом профессиональных обязанностей по тексту заключения не содержит ни одной ссылки на какой-либо нормативный документ, аргументация сводится к неопределённым «общепринятым в медицине принципам» и к личному мнению эксперта.

Таким образом выявленные проблемы затрудняют проведение объективной правовой оценки действий врача и качества медицинской помощи.

Список литературы:

1. Бобровская О.Н. К вопросу о дефектах качества медицинской помощи. // Медицинское право: теория и практика. — М., 2015. — Том 1, № 1 - С. 35-40.
2. Вакуленко И.В. Экспертная и правовая оценка дефектов оказания медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.05 / И.В. Вакуленко; ФГБОУ ВО Астраханский гос. мед. ун-т М-ва здравоохранения Рос. Федерации. Астрахань, 2017. 23 с.
3. Веселкина О.В. Судебно-медицинская экспертиза дефектов медицинской помощи по материалам дела: проблемы нормативно-правового регулирования. // Медицинское право: теория и практика. М., 2016. Том 2, № 2 (4) С. 49-54.
4. Веселкина О.В. Экспертные ошибки при квалификации дефектов медицинской помощи, причинивших вред здоровью. // Медицинское право: теория и практика. М., 2016. Том 2, № 2 (4) С. 55-60.
5. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 27.12.2018) [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_39570/. Ссылка активна на 04.03.2019.

6. Кондаков Н.И. Логический словарь-справочник. М.: Наука, 1975. 719 с.
7. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/. Ссылка активна на 04.03.2019.
8. Лобанов А.М., Теньков А.А., Тучик Е.С. Судебно-медицинская экспертиза последствий агрессивных действий человека: Орел. Издатель А.Воробьев; 2010. 416 с.
9. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/. Ссылка активна на 04.03.2019.
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_79398/. Ссылка активна на 04.03.2019.
11. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М. — 2001. — 293 с.
12. Старченко А.А. Криминальность медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен»: «приговор» Московского областного суда // Новости анестезиологии и реаниматологии. — М., 2012. — № 2. — С. 49-62.
13. Сумин С.А., Горбачев В.И. Катетеризации центральных вен с позиций нормативно-правовых актов. Вестник интенсивной терапии, 2017. № 4. — с. 5 – 12.
14. Сумин С.А., Горбачев В.И., Кузьков В.В. Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен», как вариант действия. Анестезиология и реаниматология. 2018. №4. — с. 4 – 8.
15. Сумин С.А. Юридические последствия неблагоприятного исхода лечения. Анестезиология и реаниматология. 2018. №1. — с. 4 – 8.
16. Тимофеев И.В. Патология лечения. Руководство для врачей. СПб: Северо-Запад, 1999. — 656 с.
17. Уголовно - процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/. Ссылка активна на 04.03.2019.
18. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019) [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. Ссылка активна на 04.03.2019.
19. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314269/. Ссылка активна на 04.03.2019.
20. Федеральный закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) (ред. от 08.03.2015г.) [Электронный ресурс]. Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/. Ссылка активна на 04.03.2019.
21. Философский словарь / Под ред. И.Т. Фролова. - 7-е изд., перераб. и доп. - М.: Республика, 2001. —719 с.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ОТКАЗ ОТ ПОСМЕРТНОГО ДОНОРСТВА СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Ананич Светлана Михайловна
кандидат юридических наук, доцент,
доцент Белорусского государственного университета,
заместитель начальника отдела по разработке проектов нормативных правовых
актов и учебно-методической работе
Белорусской нотариальной палаты, г. Минск

PROBLEMS OF REALIZATION OF THE RIGHT FOR REFUSAL OF POSTHUMOUS DONORSHIP OF FULL AGE CAPABLE CITIZENS IN THE LEGISLATION OF REPUBLIC OF BELARUS

Ananich Svetlana Mikhailovna
candidate of Law Sciences, associate professor, associate professor of the Belarusian state
university, deputy chief of department
of development of drafts of regulations and educational
and methodical work of the Belarusian notarial chamber, Minsk

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются отдельные вопросы отказа от посмертного донорства и обосновывается необходимость совершенствования белорусского законодательства о трансплантации в части закрепления положений, прямо обозначающих применение презумпции согласия, установления нотариального удостоверения заявления об отказе в качестве альтернативного способа оформления воли донора, исключения очередности при учете мнения указанных в законодательстве лиц и определения необходимости учета мнения любого близкого донору лица, необходимости внесения в Единый регистр трансплантации сведений о согласии лица на посмертное донорство.

Ключевые слова: законодательство о трансплантации; презумпция согласия; право на отказ от посмертного донорства.

ABSTRACT

In article single questions of refusal of posthumous donorship are considered and need of improvement of the Belarusian legislation on transplantation regarding fixing of the provisions which are directly designating application of a presumption of consent, establishment of the notarial certificate of the declaration of abandonment as an alternative way of registration of will of the donor, a sequence exception when accounting opinion of the persons specified in the legislation and determining need of accounting of opinion of any person close to the donor, need of entering into the Uniform register of transplantation of data on the consent of the person to posthumous donorship is proved.

Keywords: legislation on transplantation; consent presumption; right for refusal of posthumous donorship.

В мировой медицинской практике посмертное донорство (трансплантация органов от умершего донора) происходит в соответствии с определенной законодательством системой выражения воли потенциального донора, в основе которой может использоваться презумпция согласия или презумпция несогласия. В Республике Беларусь, как и в большинстве государств-участников Содружества Независимых Государств, в основу нормативного определения принципов посмертного донорства положена презумпция

согласия потенциального донора на забор органов для трансплантации после его смерти, согласно которой в качестве общего правила определено, что забор органов у умершего донора не допускается, если при жизни данное лицо заявило о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти.

При закреплении в национальном законодательстве государства презумпции согласия на изъятие органов и тканей человека после смерти, важное значение с точки зрения соблюдения прав человека приобретает реализация права на отказ от посмертного донорства (забора органов для трансплантации после смерти) в соответствии с положениями международных документов.

Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов, которые были утверждены на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 21 мая 2010 г., Резолюция WHA63.22 [1] (далее – Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации), предусматривают, что для проведения трансплантации клетки, ткани и органы могут быть изъяты из тел умерших в случае, если: (а) получено согласие в форме, требуемой законом, и (b) нет оснований полагать, что умершее лицо возражало против такого изъятия (Руководящий принцип 1).

Согласно комментарию к Руководящему принципу 1 Руководящих принципов ВОЗ по трансплантации, «презумпция согласия» позволяет осуществить изъятие материала из тела умершего для трансплантации (в ряде стран – для анатомического изучения либо в научных целях) в случае, если умерший при жизни не выразил своего возражения против изъятия органа, которое должно быть зафиксировано в официальном документе в установленном порядке, или в случае, если информированная сторона не поставит в известность о возражении, высказанном при жизни умершим против изъятия органа для трансплантации. Учитывая важность получения согласия с этической точки зрения, такая система должна обеспечить полную информированность людей относительно существующей политики и предоставление им беспрепятственной возможности пойти по пути несогласия.

На основании приведенных положений международных документов особо следует подчеркнуть первостепенное значение установления воли самого потенциального донора, а не его родственников или иных близких лиц. При системе презумпции согласия это означает отсутствие возражений со стороны умершего лица, когда нет оснований полагать, что при жизни данное лицо отмечало свое несогласие на возможный забор органов после его смерти.

Основу нормативного закрепления в законодательстве Республики Беларусь права на отказ от посмертного донорства составляют положения Конституции Республики Беларусь: человек, его права, свободы и гарантии их реализации являются высшей ценностью и целью общества и государства (часть 1 статьи 2); государство гарантирует права и свободы граждан Беларуси, закрепленные в законах (часть 3 статьи 2); каждый имеет право на жизнь (часть 1 статьи 24) и право на охрану здоровья (часть 1 статьи 45); государство обеспечивает свободу, неприкосновенность и достоинство личности (статья 25).

Право граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти получило законодательное закрепление в Республике Беларусь с принятием Закона Республики Беларусь от 13 июля 2012 г. № 407-3 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь по вопросам трансплантации органов и тканей человека» [2], согласно которому Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г. № 28-3 [3] (далее – Закон о трансплантации) был дополнен статьями 101 «Право граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти» и 102 «Единый регистр трансплантации».

Вместе с тем стоит обратить внимание, что из международных документов, определяющих общие требования реализации права на отказ от посмертного изъятия органов для трансплантации, следует предпочтительность непосредственного закрепления в национальном законодательстве понятия и сущности презумпции согласия на посмертное донорство, если государство принимает решение об использовании в отношении

посмертного донорства модели, основанной на презумпции согласия потенциального донора. Закон о трансплантации, закрепляя право граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти, не только не раскрывает сущность и действие презумпции согласия, но и не упоминает термин «презумпция согласия» ни в одной статье. В этом плане подразумеваемая, но прямо не закреплённая в законодательстве о трансплантации органов и тканей презумпция согласия, создаёт ситуацию правовой неопределённости. Для устранения данного недостатка представляется целесообразным дополнить Закон о трансплантации соответствующими положениями относительно указания на применение презумпции согласия при осуществлении посмертного донорства: «В отношении забора органов для трансплантации после смерти действует презумпция согласия гражданина, за исключением случаев, предусмотренных настоящей статьёй».

Согласно статье 101 Закона о трансплантации дееспособные граждане вправе представить в государственную организацию здравоохранения по месту жительства (месту пребывания), а также в иную государственную организацию здравоохранения, в которой им оказывается медицинская помощь, письменное заявление о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти. Руководитель государственной организации здравоохранения, руководитель структурного подразделения государственной организации здравоохранения или лица, исполняющие их обязанности, в течение шести часов с момента представления в государственную организацию здравоохранения письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти представляют соответствующую информацию в Министерство здравоохранения Республики Беларусь для включения в Единый регистр трансплантации.

Отсутствие заявления о несогласии лица (либо уполномоченных Законом о трансплантации лиц) на забор органов для трансплантации после его смерти является необходимым условием забора органов у умершего донора. В соответствии со статьёй 11 Закона о трансплантации забор органов у умершего донора не допускается, если при жизни данное лицо заявило в установленном порядке о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти.

Забор органов у умершего донора не допускается также в случае, если государственная организация здравоохранения, орган Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь были поставлены в известность о несогласии лица на забор органов для трансплантации до его смерти (часть 3 статьи 11 Закона о трансплантации). Такое несогласие может быть дано путем устного или письменного заявления в присутствии врача-специалиста (врачей-специалистов), других должностных лиц государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, иных лиц, которые могут засвидетельствовать такой отказ.

В отношении совершеннолетних дееспособных лиц законодательство допускает также возможность принятия решения об отказе от посмертного донорства иными лицами: забор органов у умершего донора не допускается, если до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии – одним из близких родственников или законным представителем умершего донора (часть 2 статьи 11 Закона о трансплантации). Такое заявление представляется руководителям государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, руководителям структурных подразделений государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь или лицам, исполняющим их обязанности.

Таким образом, Закон о трансплантации предусматривает несколько вариантов (способов) отказа потенциального донора (или уполномоченных Законом лиц) от посмертного донорства в рамках реализации права граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти:

1) подача в государственную организацию здравоохранения письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти, на основании которого в течение шести часов соответствующая информация должна быть представлена в Министерство здравоохранения Республики Беларусь для включения в Единый регистр трансплантации;

2) сообщение информации о несогласии потенциального донора на забор органов для трансплантации путем устного или письменного заявления;

3) подача заявления о несогласии на забор органов для трансплантации супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии – одним из близких родственников или законным представителем умершего донора.

В механизме реализации права на отказ от посмертного донорства важное значение имеет создание Единого регистра трансплантации, в котором аккумулируются сведения о лицах, которые в установленном Законом о трансплантации порядке заявили о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти. Внесение сведений в Единый регистр трансплантации осуществляется в рамках реализации первого варианта (способа) выражения несогласия на забор органов для трансплантации после смерти – подача в государственную организацию здравоохранения письменного заявления о несогласии самим потенциальным донором или уполномоченными Законом о трансплантации лицами.

Однако закрепление в Законе о трансплантации единственного варианта подачи заявления об отказе – через организацию здравоохранения, – нельзя признать оптимальным вариантом правового регулирования, поскольку в целях максимальной реализации права потенциального донора на отказ от посмертного донорства в законодательстве должны быть предусмотрены альтернативные способы подачи заявления об отказе. В этом плане следует обратить внимание на соответствующие нормы российского законодательства. Согласно части 6 статьи 47 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4] совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Из данной нормы особо следует отметить возможность нотариального оформления волеизъявления о несогласии лица на забор органов для трансплантации после его смерти. Иногда граждане испытывают определенное недоверие к сотрудникам медицинских организаций или нежелание лишиться раз посещать медицинское учреждение, что может быть обусловлено как объективными причинами (удаленность организации здравоохранения от места жительства лица), так и субъективными причинами. Для таких лиц возможность нотариального оформления заявления об отказе представляется оптимальным способом фиксации их воли. Тем более, что в настоящее время в Беларуси уже используется потенциал нотариата в отношении по трансплантации: согласно статье 8 Закона о трансплантации забор органов для трансплантации у живого донора разрешается при наличии добровольного согласия данного живого донора на забор органов, выраженного в письменной форме и удостоверенного нотариально. Кроме того, важное значение имеет доступность услуг нотариата, что обусловлено не только разветвленной системой нотариальных контор (бюро), но и возможностью освобождения граждан от внесения нотариального тарифа за совершение нотариальных действий (пункты 3 и 4 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2013 г. № 1145 «Об утверждении нотариальных тарифов за совершение нотариальных действий и оказание услуг правового и технического характера нотариусами и тарифов на услуги технического характера, оказываемые работниками нотариальных архивов» [5]), а также возможностью выезда нотариуса для совершения нотариального действия к месту нахождения заинтересованного лица (статья 13 Закона

Республики Беларусь от 18 июля 2004 г. № 305-3 «О нотариате и нотариальной деятельности» [6]).

На основании изложенного предлагается дополнить статью 101 Закона о трансплантации частью третьей следующего содержания: «Письменное заявление о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти также может быть нотариально удостоверено и направлено нотариусом в течение шести часов в Единый регистр трансплантации».

Согласно части 2 статьи 11 Закона о трансплантации забор органов у умершего донора не допускается, если до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии – одним из близких родственников или законным представителем умершего донора. Такое заявление представляется руководителям государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, руководителям структурных подразделений государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь или лицам, исполняющим их обязанности.

Данный вариант оформления отказа от посмертного донорства фактически предполагает учет мнения не самого совершеннолетнего дееспособного донора, а иных лиц, которым Закон предоставляет право принятия решения об отказе от посмертного донорства.

Относительно определения круга близких родственников необходимо обратиться к положениям Кодекса Республики Беларусь о браке и семье [7] (далее – КоБС). Согласно статье 60 КоБС отношения, вытекающие из кровного родства между родителями и детьми, родными братьями и сестрами, дедом, бабушкой и внуками, считаются близким родством. С точки зрения степени родства близким считается первая и вторая степень прямого родства, и вторая степень бокового родства.

Применительно к возможности выражения несогласия на забор органов для трансплантации супруга или близких родственников умершего донора следует отметить спорный характер данного подхода и его закрепления в законодательстве. Как справедливо отметил Конституционный Суд Российской Федерации, «из положений международно-правовых актов не следует, что право ближайших родственников возражать против трансплантации органов умершего лица является автономным правом, которое может быть осуществлено по их усмотрению, поскольку данное право следует из права человека принимать независимое решение о трансплантации своих органов. Родственники могут согласиться или возражать против трансплантации органов покойного в той степени, в какой это выражает его волю» [8].

Действительно, на необходимость установления именно волеизъявления самого потенциального донора обращается внимание во всех указанных ранее международных документах. В этом плане сообщения о несогласии на забор органов, исходящие от иных лиц, в том числе близких родственников, должны отражать позицию самого донора или способствовать ее установлению, а не быть выражением личного мнения данных лиц.

В приведенной норме части 2 статьи 11 Закона о трансплантации обращает на себя внимание установление определенной очередности выражения мнения по данному поводу указанных в Законе о трансплантации субъектов: сначала супруг, а при его отсутствии – близкие родственники или законные представители умершего. Представляется, что установление очередности в данном случае не является оправданным, поскольку определение приоритетности мнения одного из субъектов по отношению к остальным противоречит самой сущности права потенциального донора на выражение несогласия на забор органов после смерти.

Более того, препятствием для забора органов у умершего донора должно быть письменное заявление не только перечисленных в Законе о трансплантации лиц (супруга, одного из близких родственников или законного представителя), но и любого другого близкого донору лица (в частности, сожителя или партнера). Во-первых, степень близости

отношений или привязанности двух субъектов не всегда зависит от наличия зарегистрированного брака или кровных (родственных) связей. Во-вторых, международные стандарты в сфере трансплантации определяют одним из базовых положений необходимость отражения в подобном заявлении близких донору лиц не автономного мнения данных лиц, а знания или понимания ими действительной воли самого потенциального донора, которую они и отражают в соответствующем заявлении.

Поэтому из смысла анализируемой нормы следует сделать вывод, что в качестве препятствия для забора органов у умершего донора должно рассматриваться письменное заявление о несогласии на забор органов любого близкого донору лица. При этом нет необходимости установления в Законе о трансплантации критериев, по которым будет определяться «близость отношений» между донором и иным лицом, поскольку важным является не определение степени близости отношений и основанное на этом право выражения несогласия на забор органов, а информация о действительном мнении самого потенциального донора по поводу посмертного донорства.

На этом основании следует уточнить положения части 2 статьи 11 Закона о трансплантации, определив, что забор органов у умершего донора не допускается, если до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное супругом, одним из близких родственников, законным представителем или иным близким умершему донору лицом.

Закрепление в Законе о трансплантации различных механизмов выражения несогласия на забор органов для трансплантации после смерти (заявление о несогласии самого донора, сообщение информации о несогласии донора иным лицом, а в отношении умершего донора – заявление о несогласии близких донору лиц) делает актуальным вопрос о возможности фиксации и первоочередного учета именно осознанного волеизъявления самого донора. Особое значение приобретает учет мнения донора при его позиции, в соответствии с которой он принял для себя решение о согласии на забор органов для трансплантации после его смерти.

В настоящее время учет таких согласий белорусским законодательством не предусмотрен ввиду наличия презумпции согласия. Однако отсутствие фиксации положительного мнения лица о посмертном донорстве может привести к несоблюдению его волеизъявления. Прежде всего это проявляется в ситуации, когда в соответствии с частью 2 статьи 11 Закона о трансплантации супруг, близкие родственники или законный представитель умершего донора имеют возможность после смерти донора заявить о несогласии на забор его органов для трансплантации, поскольку в Едином регистре трансплантации отсутствует отказ самого донора. Если при жизни потенциальный донор был согласен на посмертное донорство и рассчитывал на действие презумпции согласия, то отказ установленных законом лиц после его смерти от забора органов для трансплантации будет противоречить действительной воле самого донора и нарушать его права.

В целях исключения подобных ситуаций и максимального учета именно позиции потенциального донора, а не иных лиц, представляется обоснованным закрепить в Законе о трансплантации норму, согласно которой в Единый регистр трансплантации на основании заявления потенциального донора вносятся сведения как об отказах от забора органов после смерти, так и о согласиях.

Таким образом, представляется возможным сформулировать общий вывод о том, что основные положения международных документов в сфере реализации права на отказ от посмертного донорства в целом находят свое отражение в национальном законодательстве Республики Беларусь. Вместе с тем, отдельные положения законодательства нуждаются в корректировке в целях исключения неоднозначного толкования норм и устранения существующих пробелов.

В целях повышения информированности населения и гарантированности реализации права на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти, и с учетом определенной в международных документах предпочтительности непосредственного

закрепления в национальном законодательстве понятия и сущности презумпции согласия на посмертное донорство при использовании государством модели, основанной на презумпции согласия потенциального донора, следует признать целесообразным дополнение Закона о трансплантации положениями, прямо обозначающими применение презумпции согласия при осуществлении посмертного донорства.

Полагаем необходимым установить в Законе о трансплантации альтернативный способ оформления и передачи заявления об отказе лица от посмертного донорства – путем нотариального удостоверения данного отказа и его направления нотариусом (иным лицом, уполномоченным осуществлять нотариальную деятельность) непосредственно в Единый регистр трансплантации.

Относительно возможности выражения несогласия супруга или близких родственников умершего донора на забор органов для трансплантации следует отметить необоснованность закрепления в Законе о трансплантации очередности при установлении мнения данных лиц (заявление супруга, а при его отсутствии – одного из близких родственников или законного представителя умершего донора). Кроме того, препятствием для забора органов у умершего донора должно быть письменное заявление не только перечисленных в Законе о трансплантации лиц, но и любого другого близкого донору лица, поскольку в подобном заявлении должно отражаться не самостоятельное мнение этих лиц, а действительная воля самого потенциального донора.

Установленная законодательством возможность применения различных механизмов выражения несогласия на забор органов для трансплантации после смерти и право сообщения о несогласии не только потенциальным донором, но и иными лицами (супругом, близкими родственниками или законными представителями донора), могут привести к нарушению исполнения действительной воли самого донора, если позиция данного потенциального донора состояла в его согласии на посмертное донорство, но супруг или близкие родственники данного лица после его смерти заявили об отказе от забора органов. В целях учета позиции потенциального донора, а не иных лиц, представляется обоснованным закрепление в законодательстве возможности внесения в Единый регистр трансплантации на основании заявления потенциального донора не только сведений об отказах от забора органов после смерти, но и о согласиях на посмертное донорство.

Следует отметить, что в настоящее время Палатой представителей Национального Собрания Республики Беларусь принят в первом чтении Проект Закона Республики Беларусь «Об изменении Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» [9], в ходе подготовки которого не нашли решения обозначенные выше вопросы реализации права на посмертное донорство.

Список литературы:

1. Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, органов и тканей: утверждены на 63-й сессии ВОЗ, май 2010 г. // ВОЗ. – 2018. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22ru.pdf (дата обращения 15.03.2019).

2. О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь по вопросам трансплантации органов и тканей [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 13 июля 2012 г., № 407-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

3. О трансплантации органов и тканей человека: Закон Респ. Беларусь, 4 март. 1997 г., № 28-3 [Электронный ресурс] // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный Закон, 21 нояб. 2011 г., № 323-ФЗ // КонсультантПлюс. Россия / ЗАО «КонсультантПлюс». – М., 2019.

5. Об утверждении нотариальных тарифов за совершение нотариальных действий и оказание услуг правового и технического характера нотариусами и тарифов на услуги технического характера, оказываемые работниками нотариальных архивов [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 27 дек. 2013 г., № 1145 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь – Минск, 2019.

6. О нотариате и нотариальной деятельности [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июля 2004 г., № 305-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь – Минск, 2019.

7. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье [Электронный ресурс]: 9 июля 1999 г., № 278-З: принят Палатой представителей 3 июня 1999 г.: одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г.: // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

8. Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Бирюковой Татьяны Михайловны, Саблиной Елены Владимировны и Саблиной Нэлли Степановны на нарушение их конституционных прав статьей 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека [Электронный ресурс]: Определение Конституционного Суда Российской Федерации, 10 февр. 2016 г., № 224-О // КонсультантПлюс. Россия / ЗАО «КонсультантПлюс». – М., 2019.

9. Проект Закона Республики Беларусь «Об изменении Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3941&p0=2018046001> (дата обращения 15.03.2019).

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК ОСНОВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ФАКТОРА БЕЗОПАСНОСТИ И СТАБИЛЬНОСТИ РОССИИ

*Антюшин Сергей Сергеевич,
доктор философских наук,
член-корреспондент Академии военных наук,
профессор кафедры философии и социально-гуманитарных дисциплин
Российского государственного университета правосудия,
Военной академии ВСН имени Петра Великого,
г. Москва*

THE MEDICAL LAW AS THE BASIS OF HEALTH CARE AS THE FACTOR OF SECURITY AND STABILITY OF RUSSIA

*Antyushin Sergei Sergeevich,
Doctor of philosophy,
Corresponding Member of the Academy of Military Sciences,
Professor of the Philosophy and Social - and - Humanitarian Disciplines' Department of the
Russian State University of Justice and
of the Military Academy of Strategic Missile Forces named after Peter the Great,
Moscow*

АННОТАЦИЯ

Конструктивное долгосрочное воспроизводство российского общества может осуществляться в состоянии стабильности, при обеспечении высокого уровня безопасности

страны. Важным инструментом достижения этой стратегической цели следует признать высокий уровень здравоохранения России, которого невозможно достичь без развитой эффективной системы медицинского права.

Ключевые слова: российское общество, право, здравоохранение, стабильность, безопасность.

ABSTRACT

Constructive long-term reproduction of the Russian society can be carried out at the state of stability, at ensuring of the high level of the country security. An important tool for achieving of this strategic goal is a high level of public health in Russia, which cannot be achieved without a well-developed effective system of medical law.

Keywords: the Russian society, law, healthcare, stability, security.

Основная цель существования социальной системы не отличается от цели любой живой системы. Она заключается в собственном воспроизводстве, в продлении своего существования, причём, как можно более комфортного.

Уже в античные времена понимание предназначения социальной системы было вполне определённым и созвучным с нынешним пониманием. Аристотель полагал главной целью (государства) благую жизнь людей, сущность государства усматривал в "...достижении совершенного самодовлеющего существования, которое состоит в счастливой и прекрасной жизни" [3, С.462]

В ходе развёртывания истории способы поддержания жизнеспособности социума, стабильности его развития изменялись. Общая гуманизация (этический или духовно-этический аспект), повышение ценности человеческого капитала (прагматично-организационный аспект), необходимость обеспечения ценностно-мировоззренческого единства (политико-идеологический аспект) необходимость качественного персонала, специалистов (экономический аспект) постепенно приводят к пониманию ценности человеческой жизни; требуют бережного отношения к нему.

Настоящее и будущее любой страны зависит от многих факторов. В XXI веке важнейший из них – достойная жизнь большинства членов общества, степень реализации идеи И. Канта, согласно которой к человеку недопустимо относиться как к средству, необходимо в нём видеть цель. Разумеется, это достигается не только достаточным качеством жизни людей, но и высоким уровнем реализации способностей большинства индивидов; их участием в общественно-воспроизводственном процессе, удовлетворённостью авторитетом своей страны и её политикой, эффективностью безопасности в ней, формированием позитивной идентичности. Важным компонентом решения этой комплексной задачи, в том числе, обеспечения высокого качества жизни человека всегда было и остаётся его здоровье, которое определяется многими условиями – от образа жизни конкретных людей, субкультуры социальных слоёв и групп до внутренней политики государства.

Здоровье человека (а позже – и общества) не раз становилось предметом внимания наиболее авторитетных мыслителей на протяжении всей истории человечества – от Гиппократа, Платона [12], Галена до Авиценны, Ф.Бэкона [5], А. Шопенгауэра [13, С.12] и более современных авторов [11, С.19-20, 26].

Качественная эффективная работы сфера здравоохранения, необходимый компонент здоровья, фактор социальной стабильности. В свою очередь, действенность и надёжность здравоохранения обусловлена рядом обстоятельств, куда входят и общественная мораль, и государственный и муниципальный менеджмент, и уровень финансирования. Прогресс процессов и конструктивность отношений в сфере здравоохранения напрямую зависит от качества их юридического обеспечения, регулируется системой норм, установленных законодательством.

Поэтому международное законодательство [6. С. 274], конституции многих государств [7. С. 67-68] декларируют право человека на охрану и поддержание своего здоровья на высоком уровне ставят.

Россия подчиняется общим законам социального развития.

Главная ценность, цель и ресурс российского общества – граждане России [1, ст. 2]. Необходимым условием достижения этой цели является стабильность российской социальной системы. Одновременно, социальная стабильность – прогрессивное динамичное (на уровне лучших мировых показателей) – следствие гармонично скоординированных коренных интересов основных (производящих материальные и духовные ценности) слоёв и групп российской социальной системы, эффективной реализации "социальной энергии", высокого уровня жизни и активного сознательного участия в социальном строительстве как можно большего числа членов российского общества.

Состояние системы (по отношению к социуму, к социальной системе правильнее сказать "подсистема") здравоохранения в России требует серьёзного анализа и глубокой модернизации.

Наиболее общие показатели складываются из частных случаев. Негативных частных примеров в сфере российского здравоохранения немало. Занесение инфекции при заборе или переливании крови, ведущие к резкому ухудшению здоровья ошибки при проведении операций, смерть пациентов, которой можно было избежать, наступившая вследствие несвоевременного оказания медицинской помощи (в частности, из-за транспортных и других проблем работы скорой помощи).

К этому можно добавить и отрицательные следствия неудачных (или недопустимых) пластических операций, оказания косметических услуг, стоматологии, непоправимые ошибки, а то и откровенная халатность персонала в некоторых роддомах и перинатальные центры.

Значительная часть причин проблем и недоработок в данной сфере связана с политикой государства в области здравоохранения, с характером практической реализации этой политики так называемой, "вертикалью власти" (иногда искажающей первоначальные намерения и ожидания, как общества, так и руководство государства, регионов, а иногда зажатой в тесные рамки общих установок и несовершенных норм).

Общие данные Росстата по вопросам здравоохранения, в целом позитивные, хотя улучшение показателей и не слишком динамично, и не обнадеживает. Первая таблица сборника (1.1. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ) не даёт поводов для большого оптимизма. При устойчивом росте населения (2014 г. – 146,267 млн. чел., 2015 г. – 146,545 млн. чел., 2016 г. – 146,804 млн. чел.), что, безусловно, весьма позитивно, уровень рождаемости не растёт, а уровень смертности снижается незначительно. В результате, если в 2014 г. прирост населения составил 0,2, в 2015 г. – 0,3, то в 2016 г. отмечается убыль населения (– 0,01) [10, С. 18].

Государственные расходы на здравоохранение (в процентах к ВВП страны) в 2016 г. составили в России – 3,6 %, что лучше, чем в Китае (3,1 %), и на Украине (3,2 %) и намного лучше, чем в Индии (1,4 %) или в Азербайджане (1,2 %), но хуже, чем в Белоруссии (4,2 %) и Молдове (6,3 %). Но ориентироваться следует на иные показатели: Великобритания – 7,6 %, США – 8,3 %, Австрия, Германия – по 8,7 %, Франция – 9 %, Дания, Нидерланды – более 9 %, а Швеция – 10 %, [10, С. 156].

Если вспомнить о неравномерном распределении средств в России, а также о разного рода потерях (от несовершенного менеджмента до коррупционной составляющей), то становится ясно, почему достижения в сфере мировоззрения (которыми обоснованно гордятся и врачи, и пациенты), трудно пробивают себе дорогу во все уголки страны. В то же время, несовершенство российской системы здравоохранения, её невысокие показатели, становятся объяснимыми.

Есть над чем размышлять и работать. При этом ясно, что российское законодательство играет весьма существенную, если не первостепенную, роль и в нынешнем состоянии здравоохранения, и в будущее.

Конституция России формирует достаточно правильные ориентиры. Статья 2 утверждает, что в России охраняется здоровье людей [1, ст. 2]; каждый, согласно статье 41, имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Но положение о бесплатной медицинской помощи [1, ст. 41] на деле не реализуется. Работа системы здравоохранения регламентируется, также, рядом федеральных законов, в том числе положениями (а, возможно, отчасти, и "духом") Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

Между тем, здравоохранение – важно, прежде всего, не само по себе, а как инструмент заботы о главной ценности и цели – о человеке. Таких инструментов у государства немало; начиная с трёх ветвей власти (на всех уровнях), включая финансы, сфера развлечения, наука, образование и другие. В этом отношении можно признать, что у здравоохранения и законодательства, схожие функции – реализация целей и интересов общества, эффективности функционирования социальной системы, обеспечение высокого качества жизни людей (каждого человека). По крайней мере, среди авторитетных и глубоких правоведов-теоретиков такое прочтение права – как инструмента – очевидно. Так, А.Г. Карапетов полагает, что " ... право есть лишь инструмент, используемый для целей обеспечения важнейших задач, которые стоят перед государством и обществом..." [8, С.10].

Хотя формы решения центрального вопроса, главной миссии государства (которой оно в лице конкретных представителей иногда тяготеет, иногда игнорирует, а то и боится) различны, связь и взаимное влияние между ними очевидна.

Однако из сложного комплекса проблем исследователи (и практики), чаще всего, рассматривают либо отдельные частные детерминанты, либо рисуют наиболее общую картину результатов неэффективной сферы. Но в действительности все социальные процессы и явления влияют друг на друга, а также зависят от естественной основы социального бытия. Природа, естественные ресурсы – климатические и другие определяют возможности решения вопросов сферы; к примеру, недаром врачи отправляют некоторых пациентов в специальные санатории, на воды, в определённый климат.

Одна из задач состоит в том, чтобы, в теоретической проекции связать основные уровни решения социальных проблем, в том числе, вопросов здравоохранения, правового обеспечения функционирования данной сферы в единую систему взаимосвязанных процессов. И не из академического интереса или упорства, а с тем, чтобы практики воспринимали их также и осуществляли как часть общенационального проекта – проекта достижения высокого и прочного авторитета государства, обеспечения достойной насыщенной жизни граждан страны.

В связи с необходимостью решения подобных многослойных задач можно услышать справедливые скептические сомнения: для этого нужно менять всю систему. Но люди, специалисты, профессионалы и просто члены общества, являясь частью этой системы, могут и обязаны прилагать усилия для её улучшения.

Отговорка "рыба гниёт с головы", хоть во многом и справедлива, но не во всём; а главное – в данном случае бесполезна и даже недопустима, так как обрекает общество на принятие за непреодолимую данность несправедливости, а отдельного (особенно, обездоленного) человека на безропотное подчинение не самым благоприятным обстоятельствам.

В правовом аспекте здесь можно выделить, во-первых, несовершенство регулирующих данную сферу деятельности норм и, во-вторых, невыполнение отдельных из них. Иначе говоря, с одной стороны, в процесс медицинского обеспечения граждан заложено правовое несовершенство; а с другой стороны, принятые нормы не выполняются, то есть, не в полной мере реализуются права граждан (тот же пример с Конституцией).

Подобное положение дел, как минимум, создаёт опасность подрыва доверия к государству. Кроме этого, не обеспечена на необходимом уровне безопасность граждан. Сам

по себе недостаточный уровень медицинского обеспечения людей, а тем более, его снижение угрожает продолжительности жизни граждан страны, ухудшает общее состояние людей, их повседневное настроение, повышает вероятность пагубных воздействий на население различных инфекций, эпидемий, негативно сказывается на физических параметрах представителей профессий, в которых здоровье имеет особое значение (например, военнослужащих).

Другими словами, проблемы в сфере здравоохранения неизбежно влекут за собой существенные потери (экономические, политические, моральные, ...) и для общества, и для государства; оказываются причинами сложностей и дисфункций в различных российских системах безопасности – информационной, военной, продовольственной и др.

В социальной системе все её компоненты и элементы взаимосвязаны и взаимозависимы. Любая система (греч. σύστημα – целое, составленное из частей; соединение) характеризуется целостностью, структурой, единством элементов, энергия связи между которыми превышает энергию их связи с элементами других систем [2, С. 936], а также неоднородностью компонентов и элементов, входящих в её состав.

Под социальной системой следует понимать сложную социальную целостность неоднородных компонентов и элементов – социальных сфер, подсистем, институтов, слоёв, групп, отдельных членов общества, объединённых структурой, обладающей неповторимой спецификой в каждой конкретной такой целостности. В самом общем плане социальной системой можно считать большое число сложных и неоднородных социальных образований, но продуктивнее называть социальной системой независимую страну (унитарного характера, федерацию, конфедерацию) представленную в мировом сообществе суверенным государством.

Несовершенство функционирования тех или иных составных частей социальной системы неизбежно оказывает негативное воздействие на качество всей системы.

Как отдельная некачественная, не вполне подходящая или вышедшая из строя деталь большого сложного механизма может ухудшить качество работы блока, в котором она функционирует, что, в свою очередь, снизит эффективность всего механизма или даже выведет его из строя, так и несовершенство любого "инструмента" социальной системы (которым вполне уместно считать и здравоохранение) может негативно повлиять на всю социальную систему. А если данный социум имеет достаточно системных изъянов, существенных неразрешённых противоречий, подвержен кризисным явлениям и, к тому же, у этого социума немало политических и экономических оппонентов, любой негативный фактор, любая сложность может запустить механизм разрушения этого социального образования.

Большая восприимчивость всего социума (социальной системы, страны, державы), как к позитивным, так и к негативным воздействиям со стороны его отдельных более или менее масштабных элементов и компонентов хорошо видна на примере структуры важнейших систем безопасности общества, таких, например, как система военной безопасности [4, С. 82-86].

Таким образом, несовершенство медицинского права – весьма небезопасная характеристика общества. С одной стороны, тем самым снижается эффективность здравоохранения, а через него – и всех систем безопасности, социальной системы, в целом. С другой стороны, ситуация свидетельствует о проблемах в сфере права. Не стоит упускать из виду и другие аспекты многослойной проблемы: например, в ней отражены недостатки в сфере государственного управления, в научно-теоретической работе юристов, в общественной морали и некоторые другие.

Очевидно, такая ситуация, не позволяет решить главных задач государства – максимально полную реализацию способностей и качеств членов общества, специалистов-профессионалов, обеспечения достойной жизни населения страны, да и не позволяет более простую задачу – поддерживать на высоком уровне безопасность граждан страны. Другими словами, забота о людях остаётся, в немалой мере, на уровне деклараций; гуманизм не

реализуется на практике. Того, как именно в степени осуществления гуманизма на практике признанные и авторитетные в мировом сообществе юристы видят критерий правовой деятельности [9, С.76].

Исправление положения дел – процесс нелёгкий, не скорый и многослойный.

В нём проявляется и предстаёт необходимым определение и разрешение самых общих проблем – проблем социального воспроизводства, общественного строительства; общеправовые проблемы (основополагающие принципы, определяющие характер и особенности правовой системы, преобладающие методы решения важнейших противоречий); а также и более частные вопросы: ответственность медицинской организации и "цена" врачебной ошибки; контроль решения задач здравоохранения медицинского обеспечения *ex ante* ("до события" когда инструменты регулирования преимущественно предваряют практические действия, в том числе, возникновение проблем) или *ex post* ("после события" – решение проблем после их возникновения), мера соотношения этих двух подходов.

Помимо этого, требуют осмысления и другие вопросы, связанные с развитием медицинского права.

Важно понимать соотнесённость здоровья отдельного человека (совокупности индивидов) и здоровья общества. Не менее важно заботиться не только о здоровье физическом, но и психическом, а также и нравственном (о чём, к сожалению, недостаточно задумываются даже специалисты, а, тем более, руководители коллективов, разного рода "администраций", регионов, центральных органов власти).

Также нужно научно обосновать, практически решить и закрепить юридически такие важные вопросы, как определение динамики и механизма роста обоснованного минимального уровня жизни гражданина России (в этом вопросе, по меньшей мере, требуют развития вопросы прожиточного минимума, минимальной заработной платы труда). Вероятно, настало также время законодательно закрепить минимальные (достаточно высокие, обеспечивающие подлинное достоинство граждан страны, уважение со стороны мирового сообщества) нормы бытовых условий, обеспечивающих максимально возможные благоприятные условия для поддержания физического, психического, "нравственного" здоровья граждан на высоком уровне – на уровне наиболее развитых в социальном и экономическом отношении государств.

У России – в которой помимо сельхозугодий и лесов (63,8 % от всей территории), а также все видов водоёмов (22,9 % от всей территории), 392,9 млн. га "прочих" земель [13, С. 69], то есть, примерно по 2,67 гектара на всех 146,9 млн. граждан страны (2018 г.) [14] – есть немало ресурсов для решения таких задач.

Представляется чрезвычайно важным не сужать задачи здравоохранения, и не сводить их к попыткам отреагировать на вызовы в сфере медицинской безопасности (можно и в такой плоскости рассматривать проблему).

Законодательство страны призвано вместе с другими инструментами регулирования общественных отношений, обеспечивать выработку и последовательную реализацию стратегии прогрессивного устойчивого развития России.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ).

2. Всемирная энциклопедия: Философия/ Главн. науч.ред. и сост. А.А. Грицанов. – М. АСТ, Мн.: Харвест, Современный литератор, 2001. – 1312 с.

3. Аристотель. Политика / Сочинение в 4 т., М., 1984, Т.4, С.375-644.

4. Антюшин С.С. Военная безопасность как фактор стабильности Российского общества (социально-философская концепция). – М.: ВУ, 2004. – 140 с.
5. Бэкон Ф. XXX. О поддержании здоровья / Бэкон Ф. Опыты и наставления нравственные и политические. [Электронный ресурс]. URL: <https://litresp.ru/chitat/ru/%D0%91/bekon-frensis/sochineniya/49>. (дата обращения: 19.03.2019).
6. Белоусова А.А. Право на здоровье в международном праве: история становления // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические Науки Издательство: Российский университет дружбы народов (РУДН) (Москва) 2013 № 3 С. 270-278.
7. Жильская Л.В. Закрепление конституциями государств СНГ прав по охране и укреплению здоровья населения (конституционно-правовой анализ) // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России, 2005, № 4(28). – С. 66-70
8. Карапетов А.Г. Экономический анализ права. – М.: Статут, 2016. – 528 с.
9. Кордозо Б. Природа судейской деятельности / Пер. с англ. – М.: Статут, 2017. – 112 с.
10. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с. ISBN 978-5-89476-448-1 [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf. (дата обращения: 18.03.2019).
11. Михалкин Н.В. Право и закон как факторы обеспечения безопасности человека и общества. Вестник ТвГУ. Серия «Философские науки». 2014. №3.- С. 19-26.
12. Платон. Тимей. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rulit.me/books/timej-read-166451-21.html>. (дата обращения: 20.03.2019).
13. Россия в цифрах. 2017: Крат.стат.сб./Росстат- М., Р76 2017 - 511 с.
14. Демография / Население / Официальная статистика // Росстат [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения: 20.03.2019).
15. Шопенгауэр А. Афоризмы житейской мудрости. – М.: РИПОЛ классик, 2016. – 290 с.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ
ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРИ ПРИВЛЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ К УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СОВЕРШЕНИЕ
ПРЕСТУПЛЕНИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ СТ. 238 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Ахметгалева Анастасия Фаязовна
следователь Сарapulьского межрайонного следственного отдела следственного
управления Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике,
г. Ижевск

**THEORETICAL ASPECTS AND FEATURES OF LAW ENFORCEMENT
PRACTICE IN BRINGING MEDICAL WORKERS TO CRIMINAL LIABILITY FOR
CRIMES UNDER ARTICLE 238 OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN
FEDERATION**

Ahmetgaleeva Anastasia Fayazovna
Graduate student The UDGU, Sarapul on the investigator of investigative Department of
investigation department of Investigative Committee of the Russian Federation of the Udmurt
Republic, senior Lieutenant of justice, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблеме квалификации действий лиц, привлекаемых к уголовной ответственности по ст. 238 УК России. Анализируются признаки состава данного преступления. На основе следственной практики и уголовных дел, в работе сделан вывод о неоднозначности подхода правоохранительных органов и судов к квалификации деяний по ст. 238 УК России в субъектах Российской Федерации. В целях устранения выявленных противоречий в правоприменительной практике автором определены признаки субъекта и объекта преступления, услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей в рамках анализируемой нормы. В ходе исследования изучены признаки субъекта преступления. Автором обоснованы критерии разграничения преступления, предусмотренного ст. 238 УК России, со смежными составами (ст. 109 УК России).

Ключевые слова: Следственный комитет; ненадлежащее оказание медицинской помощи; услуги, не отвечающие требованиям безопасности; уголовная ответственность по ст. 238 УК России.

ABSTRACT

The article is devoted to the problem of qualification of actions of persons brought to criminal liability under art. 238 of the Criminal code of the Russian Federation. The signs of the composition of this crime are analyzed. On the basis of investigative practice and criminal cases, the author makes a conclusion about the ambiguity of the approach of law-enforcement bodies and courts for the qualification of deeds under Article 238 of the Criminal Code of the RF the subjects of the Russian Federation. In order to resolve these contradictions in the law-enforcement practice, the author identifies the features of the subject and the object of the crime, services that do not meet the requirements of safety of life and health of consumers, in the framework of the analyzed norms. The study refines the features of the subject of crimes. The author justifies the criteria for differentiation of a crime under Art. 238 of the Criminal Code from adjacent structures (Arts. 109 of the Criminal Code).

Keywords: Investigative Committee; inadequate delivery of health care; services that do not meet safety requirements; criminal liability under Art. 238 of the Criminal Code.

В последнее время все чаще под пристальным вниманием общественности оказываются случаи, связанные с некачественным или ненадлежащего качества оказанными медицинскими услугами и медицинской помощи, в следствии чего, здоровье граждан, а зачастую и их жизнь, ставятся под угрозу. Согласно законодательству Российской Федерации, право на жизнь и здоровье гарантировано Конституцией Российской Федерации и принадлежит каждому с рождения. В Уголовном Кодексе Российской Федерации преступлениям против жизни и здоровья отведено сразу несколько глав.

Но, несмотря на это, на практике правоприменителю зачастую достаточно сложно привлечь виновных лиц к уголовной ответственности за совершенные преступления, в виду имеющих правовых коллизий.

Одним из таких видов преступлений, которые вызывают множество дискуссий, являются преступления, предусмотренные ст. 238 УК России. Однако, в данной статье пойдет речь не об общих принципах применения норм уголовного законодательства, относительно ст. 238 УК России, а о фактах, когда положение данной статьи применяются в отношении медицинских работников, причинивших тяжкий вред здоровью или смерть гражданам в виду ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей.

Как справедливо отмечает И. Печерей в своей статье «К вопросу применения ст. 238 УК России в отношении медицинских работников», в последнее время действительно очень много споров и дискуссий на различных площадках, включая «Врачи. Российской Федерации», вызвал вопрос применения ст. 238 УК России «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» к медицинским работникам [1].

Как правило, медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности по ч. 2 данной статьи, а именно «Производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности, - повлекшие по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека, наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет или без такового». Данная статья содержит состав тяжкого преступления. Здесь есть несколько неприятных моментов, например, погашение судимости через 8 лет (ст. 86 УК России), и самое неприятное и решающее – срок давности по таким преступлениям составляет 10 лет (в отличие от, например, статьи 109 УК России, где аналогичный срок составляет всего 2 года) в силу ст. 83 УК России [1].

В соответствии с пп. «а» п. 1 ч. 2 ст. 151 УПК России предварительное следствие по уголовным делам о преступлениях, предусмотренных ст. 238 УК России подследственно следователям Следственного комитета Российской Федерации. Однако, на практике отсутствует однозначный подход правоохранительных органов и судов к квалификации деяний по ст. 238 УК России, что вызвано неоднозначным толкованием данной правовой нормы в разных субъектах Российской Федерации.

Но сначала обратимся непосредственно к содержанию указанной статьи.

В первоначальной редакции ч. 1 ст. 238 УК России устанавливала уголовную ответственность за выпуск или продажу товаров, выполнение работ либо оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, если эти деяния повлекли по неосторожности причинение вреда здоровью человека. Использование при описании объективной стороны преступления терминов "выпуск" и "продажа" товаров ограничивало пределы действия нормы только случаями передачи (отгрузки) продукции изготовителем заказчику (покупателю по договору поставки) и реализации данного товара в торговых организациях или физическими лицами, осуществлявшими торговую деятельность на законных основаниях [2].

Данный состав был сконструирован как материальный, уголовная ответственность наступала только в случае причинения вреда здоровью человека. Субъективная сторона характеризовалась неосторожной формой вины, а субъект по смыслу статьи был специальным, им признавались уполномоченные работники предприятия - изготовителя продукции и сотрудники торговых и иных организаций, а равно физические лица, осуществляющие розничную торговлю (оказывающие услуги или выполняющие работы) на законных основаниях [3].

Таким образом, данная норма изначально устанавливала уголовную ответственность за нарушение прав потребителей на получение товара (работ, услуг) надлежащего качества исключительно в рамках правоотношений, регламентированных Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей". Исходя из места расположения рассматриваемой статьи в Особенной части УК России, можно сделать вывод о том, что объектом данного преступления является здоровье населения. Основными криминообразующими признаками, которые должны были ограничивать деяния, подпадающие под действие данной нормы, от иных преступных деяний и административных правонарушений являлись: сфера, в которой совершались деяния, - легальный потребительский рынок и преступные последствия - причинение вреда здоровью человека [3].

Конструкция данной нормы в первоначальной редакции позволяла более или менее четко определить круг деяний, подпадающих под ее действие, только в части выпуска и

продажи товаров, когда же речь шла о выполнении работ и оказании услуг, ситуация была гораздо сложнее. Дело в том, что норма была сконструирована как бланкетная, отсылающая к нормативно-правовым актам, устанавливающим требования к качеству товаров, а также к порядку и условиям проведения работ и оказания услуг, обеспечивающим их безопасность. Круг таких нормативно-правовых актов не ограничивался, что позволяло отнести к преступному деянию, предусмотренному ст. 238 УК России, нарушение любых правил безопасности, если оно было допущено в сфере потребительского рынка и повлекло причинение вреда здоровью человека. Данное обстоятельство затрудняло решение вопроса о разграничении ст. 238 УК России с иными статьями Особенной части УК России, устанавливающими уголовную ответственность за нарушение правил безопасности (ст. ст. 216, 217, 218, 219, 236, 263, 264). Однако эта проблема не была своевременно замечена ввиду небольшого количества случаев привлечения к уголовной ответственности по ст. 238 УК России в период действия указанной редакции [4.].

Федеральным законом от 09.07.1999 N 157-ФЗ в ст. 238 УК России внесены изменения, в результате которых основной состав данного преступления был сконструирован как формальный, что перевело рассматриваемое преступление в категорию умышленных. Кроме того, преступное деяние было описано путем употребления терминов "производство", "хранение", "перевозка", "сбыт", т.е. терминов, используемых в статьях УК России, устанавливающих уголовную ответственность за оборот запрещенных предметов и веществ, таких как наркотические средства, ядовитые вещества или оружие. Внесенные изменения существенно расширили сферу действия ст. 238 УК России, распространив ее не только на случаи выпуска и продажи некачественного товара в легальном секторе экономики, но и на случаи производства и оборота создающего опасность для потребителей товара в теневом ее секторе, т.е. на деятельность, являющуюся изначально противоправной.

Причиной такого решения послужила необходимость усиления эффективности данной нормы для борьбы с незаконным оборотом спиртосодержащей продукции, не отвечающей требованиям безопасности. Статья 238 УК России в действовавшей до внесения указанных изменений редакции не позволяла привлечь к уголовной ответственности лиц, занимавшихся распространением некачественной спиртосодержащей продукции в торговых сетях, в случае, если в результате ее распространения последствия в виде вреда здоровью или смерти потребителя еще не наступили. Не позволяла она привлечь к уголовной ответственности и лиц, занимавшихся изготовлением и распространением спиртосодержащей продукции вне торговых организаций, т.е. подпольно. Иными словами, изменение редакции ч. 1 ст. 238 УК России стало, прежде всего, мерой, направленной на борьбу с незаконным алкогольным бизнесом. Но для достижения благой цели законодателем было выбрано неудачное с точки зрения юридической техники решение, которое породило целый ряд "побочных эффектов", главным из которых стало окончательное размывание границ сферы применения данной нормы.

Из двух признаков, ранее хоть как-то позволявших ограничивать круг общественно опасных деяний, подпадающих под действие ст. 238 УК России, один (сфера совершения деяний) был существенно расширен за счет распространения данной нормы не только на легальный потребительский рынок, но и на случаи реализации товаров, выполнения работ и оказания услуг вне рамок правового поля, а второй (причинение вреда здоровью человека) вообще исключен. При этом круг нормативных актов, устанавливающих требования безопасности, нарушение которых наказывалось по ст. 238 УК России, по-прежнему никак не уточнялся.

Расширение сферы применения нормы привело к тому, что субъектами данного преступления уже нельзя было признать только ответственных за качество товара (работы, услуги) сотрудников предприятия или индивидуального предпринимателя, так как лица, занимавшиеся подпольной торговлей алкоголем, к ним чаще всего не относились [3].

Буквальное толкование рассматриваемой нормы в действующей редакции делает ст. 238 УК России так называемой резиновой нормой, которая с учетом огромного

количества нормативов, правил и т.п., предусматривающих требования безопасности в различных сферах, связанных с реализацией товаров, выполнением работ и оказанием услуг, позволяет привлечь к уголовной ответственности практически любого, работающего непосредственно с потребителем, чем дает благодатную почву для злоупотреблений [3].

Очевидно, что в настоящее время имеется насущная потребность в реформировании ст. 238 УК России на законодательном уровне, а пока этого не произошло, коль скоро буквальное толкование ст. 238 УК России не дает возможности на практике четко определить круг деяний, подпадающих под ее действие, то при решении возникающих коллизий ничего не остается, кроме как следовать общему принципу, основанному на ч. 3 ст. 49 Конституции Российской Федерации, согласно которому, все неустранимые сомнения, в том числе сомнения в квалификации, должны толковаться в пользу лица, привлекаемого к уголовной ответственности [3].

Отсюда следует вывод, что буквальное толкование ст. 238 УК России не подходит для ее применения, так как не позволяет четко разграничить преступления, предусмотренные указанной статьей, от иных, схожих составов уголовно наказуемых деяний.

И так, исходя из содержания статьи в действующей редакции, ответственность по ч.1 ст. 238 УК России наступает за производство, хранение, перевозку или сбыт товаров, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей. Представляется, что формулировка диспозиции анализируемой статьи является не вполне совершенной [5. С. 134 - 141].

Установление ответственности в рамках ст. 238 УК России является уголовно-правовой гарантией требований безопасности, предусмотренных Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. "О защите прав потребителей" [5].

При этом не стоит забывать, что указанная статья отнесена законодателем к числу преступлений против здоровья населения и общественной нравственности (глава 25 УК России).

Однако, о всем по порядку, и прежде чем продолжить разбор указанной статьи, стоит определить значение понятия «услуга», поскольку именно при оказании медицинских услуг, возникают наибольшие противоречия относительно возможности применения данной правовой нормы.

И так, услуга - действие (комплекс действий), совершаемое исполнителем в интересах и по заказу потребителя в целях, для которых услуга такого рода обычно используется, либо отвечающее целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении возмездного договора [6].

В соответствии с ч.1 ст. 779 Гражданского кодекса Российской Федерации по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги. В соответствии с ч. 2 указанной статьи, правила возмездного оказания услуг, главы 39 ГК России применяются к договорам оказания, в том числе, медицинских услуг [7].

Услугами признается представление медицинских, санитарно-эпидемиологических, бытовых, транспортных и иных услуг, пользование которыми создает реальную опасность для жизни и здоровья потребителя [8].

Кроме того, согласно п. 4 ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" под медицинской услугой понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. В п. 9 Постановления от 28 июня 2012 г. N 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей" [9] Пленум Верховного Суда Российской Федерации указал, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими

организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей [10].

Таким образом, медицинские услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей и оказываемые как на основании договора возмездного оказания услуг, так и в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, попадают под действие указанной правовой нормы и, в следствие этого, влекут привлечение виновных лиц к установленной законом ответственности. Так ли это в действительности, и с какими еще трудностями на пути привлечения виновных лиц к уголовной ответственности сталкиваются в практической деятельности следственные органы. Попробуем разобраться в данном вопросе.

Итак, по мнению некоторых авторов, первой причиной, по которой статья 238 УК России не применима к медицинскому работнику, является то, что данная статья содержит в себе состав преступления с прямым умыслом, заключающимся в осознанном совершении действий, представляющих опасность для пациентов, который у медицинского работника де-факто отсутствует, то есть в субъективной стороне преступления. Однако, это мнение не совсем верно, поскольку обратившись к Комментариям Уголовного кодекса Российской Федерации становится очевидно, что законодатель разграничил в данном составе умышленную вину и вину неосторожную, поскольку субъективная сторона преступления - умышленная вина по отношению к производству, хранению, перевозке либо сбыту товаров и продукции, выполнению работ или оказанию услуг, не отвечающим требованиям безопасности, а также к неправомерной выдаче или использованию сертификата; неосторожная вина по отношению к причиненному вреду. Виновный осознает, что выпускает или продает товар, выполняет услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни или здоровья людей, либо он неправомерно выдает или использует официальный документ, удостоверяющий соответствие указанных товаров (работ, услуг) требованиям безопасности, предвидит возможность наступления от этого общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на их предотвращение либо не предвидит наступления указанных последствий, хотя должен был и мог их предвидеть [8], таким образом, нельзя говорить о наличии у виновного лица прямого умысла на причинение вреда здоровью или жизни потребителей.

Указанную точку зрения разделяет Е.В. Хромов, говоря о том, что применительно к ст. 238 УК России под не отвечающими требованиям безопасности следует понимать товары (продукцию, работы, услуги), произведенные (выполненные, оказанные) способами, влекущими недопустимый риск причинения смерти или тяжкого вреда здоровью потребителям и иным лицам в результате их использования в соответствии с назначением при обычных условиях [5].

При таких обстоятельствах в рамках ст. 238 УК России под не отвечающими требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей следует понимать:

- наличие в товаре (продукции) опасных веществ в концентрации, превышающей допустимые значения, использование которых при обычных условиях способно повлечь смерть человека или причинение тяжкого вреда здоровью;

- выполнение работ или оказание услуг способами, нарушающими требования безопасности, характеризующимися наличием недопустимого риска причинения смерти человеку или причинения тяжкого вреда здоровью [5].

Учитывая умышленную форму вины при совершении анализируемого преступления, лицо осведомлено и понимает, что реализует товары (продукцию), выполняет работы, оказывает услуги, не отвечающие требованиям безопасности, но при этом без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение общественно опасных последствий либо не предвидит наступления указанных последствий, хотя должно было и могло их предвидеть, что является ни чем иным, как неосторожной формой вины, поскольку умысел, отражающий суть данного преступления направлен не на причинение вреда жизни и здоровью потребителя, и виновное лицо не желает наступления общественно опасных

последствий в виде причинения вреда здоровью, либо относится к указанным последствиям безразлично.

Субъективная сторона указанного преступления - умышленная вина по отношению к производству, хранению, перевозке либо сбыту товаров и продукции, выполнению работ или оказанию услуг, не отвечающим требованиям безопасности, а также к неправомерной выдаче или использованию сертификата; неосторожная вина по отношению к причиненному вреду. Виновный осознает, что выпускает или продает товар, выполняет услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни или здоровья людей, либо он неправомерно выдает или использует официальный документ, удостоверяющий соответствие указанных товаров (работ, услуг) требованиям безопасности, предвидит возможность наступления от этого общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на их предотвращение либо не предвидит наступления указанных последствий, хотя должен был и мог их предвидеть [8].

Дискуссионным является также вопрос о субъекте рассматриваемого преступления. Ряд авторов предлагают следующее определение субъекта преступления, предусмотренного ст. 238 УК России: лицо, являющееся собственником или руководителем коммерческой организации, индивидуальным предпринимателем и достигшее возраста 16 лет [11], таким образом, указанные авторы однозначно указывают на то, что субъектом преступления в данной статье является собственник коммерческой организации, либо руководитель организации, оказывающей определенные услуги. Данное обстоятельство основано на положении Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей" согласно которому, исполнителем признается организация независимо от ее организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, выполняющий работы или оказывающий услуги потребителям по возмездному договору [5].

Таким образом, напрашивается вывод, что медицинский работник, который состоит в трудовых отношениях с медицинской организацией, и не выступает в деловом обороте от своего имени, поскольку не имеет лицензии на осуществление медицинской деятельности и не заключает договора возмездного оказания услуг с пациентом, не может быть привлечен к ответственности по статье 238 УК России. Однако, данное обстоятельство не исключает факта привлечения его по другим статьям УК в случаях, если в его действиях имелась неосторожность, повлекшая причинение тяжкого вреда здоровью либо смерти пациента. В этом случае, его возможно привлечь по ч. 2 ст. 109, и ч.2 ст. 118 УК России соответственно [1].

Указанное выше мнение основано на толковании данной статьи в ее первоначальной редакции, когда, согласно сферы применения указанной нормы, субъектами данного преступления могли быть только руководители или ответственные за качество товара (работы, услуги) сотрудники предприятий или индивидуальные предприниматели.

Однако, после внесения изменений Федеральным законом от 09.07.1999 № 157-ФЗ в ст. 238 УК России сфера ее применения значительно расширилась, что непосредственно повлияло на субъект рассматриваемого преступления, поскольку в действующей редакции субъект преступления может быть, как общий, так и специальный. Кроме того, в Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 18.11.2004 года "О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве и легализации (отмывании) денежных средств или иного имущества, приобретенных преступным путем" раскрыто содержание понятия субъекта незаконной предпринимательской деятельности. В соответствии с п. 10 указанного Постановления, таковым может быть, как лицо, имеющее статус индивидуального предпринимателя, так и лицо, осуществляющее предпринимательскую деятельность без государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, то есть, частное лицо, фактически занимающееся предпринимательской деятельностью [12].

В пользу позиции о том, что субъектом рассматриваемого преступления может быть физическое лицо, не являющееся руководителем организации и не осуществляющее свою

деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, говорит комментарий действующей редакции Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации:

Согласно комментарий рассматриваемой статьи, под редакцией В.М. Лебедева, общественная опасность преступления заключается в том, что товары и продукция ненадлежащего качества могут вызвать заболевания у людей, причинить им материальный ущерб, подорвать доверие к производителям товаров, выполняющим требования безопасности.

Непосредственным объектом данного преступления являются отношения, обеспечивающие охрану жизни и здоровья населения.

Факультативным объектом могут быть отношения в сфере производства, торговли, работ и оказания услуг, обеспечивающих права потребителей, т.е. граждан, имеющих намерение заказать или приобрести либо заказывающих, приобретающих или использующих товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

Предметом преступления являются не отвечающие требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей товары, продукция, работы, услуги, а также официальные документы, неправомерно удостоверяющие соответствие указанных товаров (работ, услуг) требованиям безопасности, установленным Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей", Федеральным законом от 27.12.2002 № 184-ФЗ "О техническом регулировании".

Объективную сторону преступления образуют любые из следующих действий: а) производство, хранение, перевозка в целях сбыта товаров или продукции, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья; б) сбыт таких товаров или продукции; в) выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности; г) неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие товаров, работ или услуг требованиям безопасности.

Выполнение работы или оказание услуг также может иметь место независимо от формы собственности исполнителя (изготовителя). В каждом конкретном случае характер работ и условия ее выполнения устанавливаются договором, основанном на законе.

Субъект преступления - физическое вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста, являющееся руководителем или ответственным за качество выпускаемой или продаваемой продукции (товаров) предприятия, учреждения, организации любой формы собственности и организационно-правовой формы, частный предприниматель, а также лицо, непосредственно реализующее товар, выполняющее работы, оказывающее услуги.

Специальный субъект неправомерной выдачи официального документа - работник органа сертификации, в чью компетенцию входит выдача таких документов, в том числе должностное лицо.

Преступление, предусмотренное ч. 1, а также п. п. "а", "в" ч. 2 коммент. статьи, с формальным составом и считается оконченным с момента выполнения действий, образующих объективную сторону преступления.

От административного правонарушения, предусмотренного ст. 14.4 КоАП России, оно отличается размером полученного дохода либо объемом реализуемых товаров, выполненных работ и оказанных услуг.

Преступление, предусмотренное п. "г" ч. 2 и ч. 3 коммент. статьи, с материальным составом и считается оконченным с момента наступления перечисленных в них последствий. Последствия преступления охватываются данной статьей и не требуют дополнительной квалификации действий виновного по ст. ст. 109, 118 УК России.

В ч. 3 статьи 111 предусмотрен особо квалифицированный состав по признаку деяний, повлекших по неосторожности смерть двух или более лиц [8].

Согласно комментарий указанной статьи, под редакцией А.В. Бриллиантова: объект преступления - здоровье населения.

Предметом преступления являются товары, продукция, работы, услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а также официальные документы, удостоверяющие соответствие товаров, работ и услуг требованиям безопасности.

Потерпевший потребитель - гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести либо заказывающий, приобретающий или использующий товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

В соответствии с Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей" (в ред. от 28 июля 2012 г.) потребитель имеет право на то, чтобы товар (работа, услуга) при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации был безопасен для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды, а также не причинял вред имуществу потребителя.

К услугам, не отвечающим требованиям безопасности, могут быть отнесены работы по ремонту электробытовой техники, транспортных средств с использованием недоброкачественных запасных частей и другие.

По смыслу рассматриваемой статьи ответственность за предусмотренное ею преступление возможна лишь при условии доказанности не только самого факта производства, хранения или перевозки в целях сбыта либо сбыта товаров и продукции, выполнения работ или оказания услуг, но и опасности этих действий для жизни или здоровья потребителей, а также наличия у совершившего их лица осознания характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности, что не предполагает возможности принятия произвольного решения об уголовной ответственности.

Объективная сторона преступления выражается в одном из следующих действий:

- а) производство товаров и продукции, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей;
- б) хранение таких товаров и продукции;
- в) перевозка указанных товаров и продукции;
- г) сбыт товаров и продукции, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей;
- д) выполнение работ либо оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей;
- е) неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности.

К опасным для жизни и здоровья работам можно отнести, например, строительство жилых домов, возведение объектов коммунального хозяйства и др. с нарушением строительных норм или из недоброкачественных материалов и т.п.

Выполнение работ и оказание услуг означает осуществление лицом тех или иных видов работ на основании договора с потребителем, если эти работы (услуги) не отвечают требованиям безопасности.

Состав преступления формальный. Преступление признается оконченным с момента выполнения указанных в ч. 1 ст. 238 УК России действий.

Субъективная сторона преступления характеризуется прямым умыслом.

Субъект преступления общий - вменяемое лицо, достигшее возраста шестнадцати лет. Но, как правило, им являются руководители предприятий, изготавливающих продукцию, выполняющих работы или оказывающих услуги потребителям, а также реализующих товары; индивидуальные предприниматели; сотрудники контролирующих органов, выдающих официальные документы, удостоверяющие соответствие товаров, работ и услуг требованиям безопасности [13].

И так, исходя из комментариев указанной статьи, можно сделать вывод, что субъектом данного преступления, как правило, выступают руководители предприятий,

изготавливающих продукцию, выполняющих работы или оказывающих услуги потребителям, а также реализующих товары; индивидуальные предприниматели; сотрудники контролирующих органов, выдающих официальные документы, удостоверяющие соответствие товаров, работ и услуг требованиям безопасности, а также, что крайне важно в условиях сложившихся реалий, физическое лицо, непосредственно реализующее товар, выполняющее работы, оказывающее услуги. Кроме того, указанная позиция подкрепляется указанием в п. 9 Постановления от 28 июня 2012 г. № 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей" Пленума Верховного Суда Российской Федерации, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей [9]. Указанный факт свидетельствует в пользу того, что субъектом рассматриваемого преступления может выступать непосредственно лицо, оказывающее медицинские услуги, даже в том случае, когда договор возмездного оказания услуг между медицинской организацией и потребителем не был заключен, поскольку оказание медицинской помощи в рамках добровольного или обязательного медицинского страхования уже само по себе является оказанием медицинских услуг на возмездной основе.

Более того, гражданин, осуществляющий предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, также не вправе ссылаться в отношении заключенных им сделок на то, что он не является предпринимателем. К таким сделкам применяется законодательство о защите прав потребителей [6], следовательно, сбыт физическим лицом товара (выполнение работ, оказание услуг), не отвечающего требованиям безопасности жизни и здоровья, другому физическому лицу также должно квалифицироваться по ст. 238 УК России [5].

Сотрудники коммерческих структур могут также осуществлять сбыт товара, не отвечающего требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, и могут выступать субъектами рассматриваемого преступления. Кроме того, в тех случаях, когда указанные лица действуют самостоятельно (без ведома руководства), именно они несут уголовную ответственность по ст. 238 УК России, а не их руководители [5].

Таким образом, под субъектом преступления, предусмотренного ст. 238 УК России, следует понимать лицо, непосредственно осуществляющее производство, хранение, перевозку в целях сбыта, а также сбыт товаров (продукции), выполняющее работы или оказывающее услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, а равно лицо, организовавшее указанную деятельность путем введения в заблуждение иных лиц, не осведомленных о его преступных намерениях (например, руководитель предприятия) [5].

Однако, наряду с проблемой квалификации, вытекающей из отсутствия четкого понимания того, кто может выступать в качестве субъекта рассматриваемого преступления, правоохранительные органы зачастую сталкиваются с проблемами отграничения анализируемого состава преступления от смежных составов преступлений [14]. Например, по фактам интранатальной гибели плода [15] или падения ледяных образований или предметов конструкции с крыш домов и зданий, повлекших причинение смерти, на территории Российской Федерации в различных субъектах уголовные дела возбуждаются по различным составам преступлений - ст. 109, 118, 238, 293 УК России.

Между тем, из диспозиции статьи 238 УК России следует, что ответственность за совершение данного преступления может нести как специальный, так и общий субъект.

За действия, связанные с неправомерной выдачей или использованием официального документа, удостоверяющего соответствие выпускаемых товаров требованиям безопасности, может нести ответственность специальный субъект. Что же касается действий, связанных с производством, хранением и перевозкой с целью сбыта и сбытом товаров, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, то в данном случае ответственность может нести и общий субъект.

Кроме того, не стоит забывать, что статья 238 УК России отнесена законодателем к преступлениям против здоровья населения и общественной нравственности.

Федеральным законом от 30.03.1999 года "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", в статье 15 обязанность соблюдать санитарные правила и проводить мероприятия по обеспечению качества производимой, закупаемой и реализуемой продукции возложена не только на индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, но и на граждан, то есть, физических лиц [16].

Таким образом, в связи с отсутствием в диспозиции ч. 1 ст. 238 УК России указания на специальный субъект, субъектом указанного преступления является лицо, достигшее возраста, с которого наступает уголовная ответственность, и фактически осуществляющее производство, хранение, перевозку либо сбыт товаров и продукции, не отвечающей требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей [16].

Между тем, причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей является общей нормой по отношению к нормам, предусматривающим уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности в результате нарушения специальных правил безопасности, регламентирующих осуществление той или иной профессиональной деятельности [17].

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей во всех случаях охватывается составом преступления, предусмотренного частью 2 ст. 109 Уголовного кодекса Российской Федерации [18]. Эта норма является общей по отношению к нормам, закрепляющим уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности в результате нарушения специальных правил безопасности, регламентирующих осуществление той или иной профессиональной деятельности. К числу таких специальных норм помимо интересующей нас ст. 238 относятся также ст. 216, 217, 219, 235 УК России и др [17].

Согласно положениям ч. 3 ст. 17 УК России, если преступление предусмотрено общей и специальной нормами, уголовная ответственность наступает по специальной норме [19].

В данном случае имеет место конкуренция уголовно-правовых норм по признакам объекта преступления (в перечисленных составах он сложно структурирован).

В медицине понятие "здоровье" получает разное наполнение на индивидуальном и популяционном уровнях (последнее называют общественным здоровьем, или здоровьем населения).

Общественное здоровье выступает ядром всех охраняемых уголовным законом видов безопасности, включающих в себя безопасность жизни и здоровья населения, - общественной безопасности, экологической безопасности, безопасности движения и эксплуатации транспорта, безопасности человечества. Таким образом, здоровье населения как правовое благо охраняется самостоятельно посредством ст. 228 - 239 УК России, включенных в гл. 25 "Преступления против здоровья населения и общественной нравственности", а также в рамках охраны остальных видов безопасности.

Такое социальное благо, как безопасность, в том числе безопасность жизни и здоровья населения, имеет кумулятивный характер (от лат. *sumulatum* - "складывать, накапливать"). Накопительное суммирование ряда правовых благ (жизнь, здоровье человека) создает самостоятельное, качественно новое правовое благо - здоровье населения. Жизнь и здоровье человека в данном случае выступают элементами сложного, кумулятивного объекта преступления.

Для правоприменительной практики достаточно актуальным является вопрос разграничения составов преступлений, предусмотренных ст. 109 и 238 УК России, при квалификации причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения врачами своих профессиональных обязанностей. Разграничение должно проводиться на основе особенностей объекта преступления. В обоих случаях имеет место неумышленное посягательство на жизнь конкретного человека, однако при неосторожном

причинении смерти вследствие оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, оно осуществляется в рамках посягательства на безопасность жизни и здоровья неопределенного круга потребителей этих услуг.

Следует обратить внимание на то, что объективная сторона преступления, предусмотренного ст. 238 УК России (применительно к рассматриваемому вопросу), состоит в оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья, в то время как медицинские услуги, в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", должны отвечать требованиям не только безопасности, но и качества. В подзаконных нормативных правовых актах, принимаемых в сфере здравоохранения, также прослеживается различие в содержании понятий "качество" и "безопасность" медицинской деятельности [17].

Это обстоятельство следует иметь в виду при разграничении рассматриваемых составов преступлений. Квалификация деяния по п. "в" части 2 ст. 238 УК России возможна только в том случае, если смерть пациента по неосторожности наступила в результате оказания небезопасных услуг. Если смерть наступила в результате оказания некачественной медицинской услуги в силу ее неадекватности, низкого научно-технического или профессионального уровня, или неэффективности, то содеянное образует состав преступления, предусмотренного частью 2 ст. 109 УК России. Так, действия врача, который не в полном объеме провел необходимую диагностику и не выявил своевременно заболевание, приведшее к смерти, получает уголовно-правовую оценку по части 2 ст. 109 УК России [20].

Деяние может быть квалифицировано по общей норме только в том случае, если вред в виде смерти причиняется конкретному человеку в результате ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей при оказании медицинской услуги; при этом жизни и здоровью других людей ничего не угрожает. При таких обстоятельствах некачественно оказываемая медицинская услуга сама по себе отвечает критерию безопасности для населения, но в ходе лечения врачом допускаются просчеты и ошибки, которые приводят к негативным последствиям [17].

В случае же оказания медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, услуга изначально представляет опасность для здоровья населения, т.е. неограниченного круга лиц, хотя вред в виде наступления тяжкого вреда здоровью или смерти причиняется конкретному человеку или нескольким лицам. В качестве примера можно привести применение опасных для здоровья материалов в ходе оказания медицинских услуг по пластической хирургии. Положения ст. 238 УК России нацелены на защиту здоровья населения, ответственность за предусмотренное ею деяние возможна лишь при условии доказанности не только самого факта оказания услуг, но и опасности этих действий для жизни или здоровья потребителей, а также осознания совершившим их лицом, независимо от организационно-правовой формы его деятельности, характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности [21].

Для наглядности рассмотрим две схематичные ситуации. В первом случае врач в силу небрежности ввел пациенту вместо одной вакцины другую, в результате чего наступила смерть пациента. Действия врача квалифицируются по части 2 ст. 109 УК России. Второй пример: врач ввел пациенту несертифицированный препарат, в результате чего пациент скончался, при этом врач осознавал, что препарат не отвечает требованиям безопасности, или не осознавал, но должен был и мог осознавать этот факт. Такие действия врача квалифицируются по п. "в" части 2 ст. 238 УК России. Если врач не осознавал и по обстоятельствам дела не мог осознавать, что оказывает услугу, не отвечающую требованиям безопасности, имеет место невиновное причинение вреда, за которое лицо не несет уголовной ответственности [17].

В пользу позиции о том, что субъект преступления, предусмотренный ст. 238 УК России не обязательно должен совмещать в себе функции юридического и физического лица в роли непосредственного исполнителя преступления, говорит и позиция Следственного

Комитета Российской Федерации, изложенная в Проекте Федерального закона "О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с введением института уголовно-правового воздействия в отношении юридических лиц" (далее по тексту - проект Следственного комитета Российской Федерации). Этот документ был опубликован в целях обсуждения и не является предметом официальной законодательной инициативы [22].

Проект Следственного комитета Российской Федерации реализует концепцию "квазиуголовной ответственности" юридических лиц, которая впервые была применена в уголовном праве Федеративной Республики Германия. Согласно такому подходу юридическое лицо не является субъектом преступления, но может быть субъектом уголовной ответственности. Авторы указанного проекта обходят сложные теоретические вопросы вины юридических лиц, допуская привлечение организаций к ответственности в виде мер уголовно-правового характера, указывая в качестве оснований такой ответственности "причастность к совершению преступления" [23].

Среди российских правоведов встречаются точки зрения о том, что в уголовном законе достаточно определить общие условия ответственности юридических лиц, а перечень преступлений, которые могут быть совершены юридическими лицами и за которые возможна их уголовная ответственность, должен быть открытым, так как круг и характер преступлений, которые могут быть совершены юридическими лицами, отнюдь не исчерпывается отдельными видами общественно опасных деяний [24].

Однако, авторы Проекта № 750443-6 по-другому решают данный вопрос, ограничивая уголовную ответственность юридических лиц специальными случаями, указанными в Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации. Так, согласно данному документу, организации могут быть субъектами преступлений, предусмотренных следующими статьями: 120; 127.1; 127.2; 174; 174.1; 184; 189; 204; 205; 205.1; 205.2; 205.4; 208; 212; 220; 242.1; 242.2; 271; 273; 277; 278; 279; 280; 281; 282; 282.1; 282.2; 283.1; 289; 291; 312; 315; 322.1; 354; 355; 359; 360 [23]. Таким образом, состав преступления, предусмотренный ст. 238 УК России, вообще не рассматривается в качестве преступления, в котором юридическое лицо в лице руководителя или ответственного за соблюдение требований безопасности выпускаемой или реализуемой продукции, выполняемых работ или оказываемых услуг может быть субъектом уголовной ответственности.

Авторы данного проекта объясняют указанный перечень преступлений тем, что обязанность введения ответственности юридических лиц за эти деяния предусмотрена международными конвенциями и другими международными нормативными правовыми актами, ратифицированными Российской Федерацией. Также в этот перечень входят отдельные сопутствующие им преступные деяния [25].

И наконец, для того, чтобы привлекать руководителя организации или иное лицо, отвечающее за соблюдение требований безопасности выпускаемой и реализуемой продукции, выполняемых работ или оказываемых услуг, а не непосредственного исполнителя, во-первых, преступление должно соответствовать правовой природе юридического лица. Юридическое лицо обладает фиктивной природой, то есть оно возникает как субъект права не естественным путем, а с помощью юридической фикции. Отсюда следует, что юридическое лицо не может совершать преступлений, присущих только физическим лицам, независимо от того, совершены эти деяния в пользу юридического лица или нет. Именно поэтому организация не может быть субъектом преступлений против жизни и здоровья, против половой неприкосновенности и половой свободы, против семьи и несовершеннолетних, против собственности, против интересов службы в коммерческих и иных организациях, против основ конституционного строя и безопасности государства, против военной службы, а также некоторых отдельных видов преступлений [23].

Во-вторых, юридическое лицо должно быть в преступлении субъектом, а не орудием совершения общественно опасного деяния. Можно согласиться с мнением Е. Курициной, которая считает, что очень часто юридическое лицо используется виновными в качестве орудия преступления для достижения преступной цели: "Как убийца использует нож,

взломщик - отмычку, так и финансовые мошенники используют юридическое лицо для совершения преступления" [26]. Аналогичная ситуация возникает, когда юридическое лицо реализует или выпускает продукцию либо выполняет работы и оказывает услуги, не отвечающие требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей (ст. 238 УК России), преследуя своей целью получение материальной выгоды, а отнюдь не причинение вреда здоровью или смерти потребителям. В данном случае юридическое лицо является лишь орудием совершаемого преступления, в виду чего, считаем несостоятельной точку зрения о том, что ответственность за преступления, предусмотренные ст. 238 УК России может наступить лишь в том случае, когда непосредственный исполнитель является юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем.

В данном случае, мы солидарны с мнением Р.В. Минина, который отмечает, что если юридическое лицо начинает заниматься "преступной деятельностью", то это уже не юридическое лицо, а преступная организация. В связи с этим юридическое лицо не может быть субъектом всех видов мошенничества и ряда других преступлений, в которых юридическое лицо выступает лишь средством достижения преступных целей [23], в том числе, и преступления, предусмотренного ст. 238 УК России.

Таким образом, исходя из анализа статьи 238 УК России, подкрепив свое мнение, мнением авторитетных ученых-правоведов, мы приходим к выводу, что субъектом преступления, предусмотренного ст. 238 УК России является не только специальный субъект - работник органа сертификации, в чью компетенцию входит выдача документов, а также должностное лицо, руководитель или ответственный за качество выпускаемой или продаваемой продукции (товаров) предприятия, учреждения, организации любой формы собственности и организационно-правовой формы, частный предприниматель, но и общий, то есть любое вменяемое физическое лицо, достигшее 16-ти летнего возраста, непосредственно реализующее товар, выполняющее работы, оказывающее услуги, при условии, что услуга изначально представляет опасность для здоровья населения, т.е. неограниченного круга лиц и доказанности не только самого факта оказания услуг, но и опасности этих действий для жизни или здоровья потребителей, а также осознания совершившим их лицом [27], независимо от организационно-правовой формы его деятельности, характера своих действий и их несоответствия требованиям безопасности.

Список литературы:

1. Печерей И. «К вопросу применения статьи 238 УК России в отношении медицинских работников» http://pravo-ed.ru/community/blogs/pecherei/_1451.php
2. Парций Я.Е. Государственный контроль, уголовная и административная ответственность за ненадлежащее качество продукции. // СПС "Консультант Плюс".
3. Прокументов Л.М., Архипов А.В. Проблемы применения ст. 238 Уголовного Кодекса Российской Федерации// "Российская юстиция", 2018, № 4.
4. Агафонов А.В. Ответственность за посягательства на безопасность жизни и здоровья потребителей: Монография. СПб: Юридический центр Пресс, 2004.
5. Хромов Е.В. Проблемы квалификации деяний по ст. 238 УК России // Актуальные проблемы российского права. 2016. № 11.
6. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 № 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей"// Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2012. № 9.
7. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019).
8. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации в 4 томах. Т. 3. Особенная часть. Разделы IX / В. М. Лебедев и др.; отв. ред. В. М. Лебедев. – М.: Издательство Юрайт, 2018. - 371 с.
9. Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2012. № 9.

10. Карабанова Е.Н. Проблемы квалификации неосторожного причинения смерти вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей, связанные с определением объекта преступления // "Судья", 2017, № 8.
11. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под ред. А.И. Чучаева. М.: Контракт, 2013. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации для работников прокуратуры / Отв. ред. В.В. Малиновский; Науч. ред. А.И. Чучаев. М.: Контракт, 2011. С. 706; Колосовский В.В., Савченко А.Н. Установление потерпевшего и субъекта преступления, предусмотренного статьей 238 Уголовный Кодекс Российской Федерации//Уголовный процесс. 2008. № 3.
12. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 18.11.2004 № 23 "О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве"//Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2005. № 1.
13. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации: в 2 т., постатейный. Т. 2. 2-е издание, под ред. А.В. Бриллиантова. "Проспект", 2015.
14. Китаева В.Н. Судебные экспертизы при расследовании уголовных дел о травмировании, гибели людей упавшими ледяными образованиями, снегом// Российский следователь. 2013. № 12.
15. Габай П.Г. Проблемы квалификации деяний медицинских работников, приведших к интранатальной гибели плода человека // Российский следователь", 2016, N 21.
16. Верховный суд Российской Федерации. Определение суда надзорной инстанции от 30.08.2007 №12-Дп07-11. СПС Консультант Плюс
17. Карабанова Е.Н. Проблемы квалификации неосторожного причинения смерти вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей, связанные с определением объекта преступления// "Судья", 2017, № 8.
- 18.Собрание законодательства Российской Федерации. 1996. № 25. Ст. 2954.
19. Определение Верховного суда Российской Федерации от 31.01.2018 № 50-УДП17-26.
20. Кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда Удмуртской Республики от 21 марта 2013 г. по делу N 22-564/2013; Постановление Мариинского городского суда Кемеровской области от 6 октября 2011 г. по делу N 1-272/2011 // Документы опубликованы не были. Источник - ГАС Российской Федерации "Правосудие".
21. Определения Конституционного Суда Российской Федерации от 15 ноября 2007 г. N 805-О-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Кислицыной Натальи Константиновны на нарушение ее конституционных прав статьей 238 Уголовного кодекса Российской Федерации"
22. Официальный сайт Следственного комитета Российской Федерации. URL: http://sledcom.ru/documents/Obsuzhdenija_zakonoproektov/item/1133 (дата обращения: 11.01.2016).
23. Минин Р.В. Формирование перечня преступлений, совершаемых юридическими лицами// "Lex Russica", № 10, октябрь 2016 г.
24. Михеев Р.И., Корчагин А.Г., Шевченко А.С. Уголовная ответственность юридических лиц: за и против. Владивосток, 1999.
25. Пояснительная записка к проекту Федерального закона N 750443-6 "О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с введением института уголовной ответственности юридических лиц"// СПС "Гарант".
26. Курицина Е. преступления. // Российская юстиция. 2001. № 2.
27. Калугина Н.Г., Галиахметов М.Р. Сроки производства дознания. Вестник Российской правовой академии. 2016. № 2 С 79-82.

К ВОПРОСУ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ ИМИ СЛУЖЕБНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

Барашков Григорий Михайлович
кандидат политологических наук,
доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
(с курсами правоведения и истории медицины)
Саратовского государственного медицинского университета
имени В.И. Разумовского
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов

TO THE QUESTION OF ADDITIONAL LEGAL PROTECTION OF HEALTH WORKERS AT EXECUTION OF OFFICIAL DUTIES BY THEM

Barashkov Grigory Mihailovich
the candidate of political sciences, the associate professor of public health and health care
(with courses of jurisprudence and history of medicine) the Saratov state medical university of V.I.
Razumovsky of the Russian Ministry of Health, Saratov

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается уровень правовой защищённости медицинских работников в условиях нарастающей напряжённости в обществе. Анализируется правовая защищённость медицинских работников при исполнении ими служебных обязанностей. Показано, что в ходе своей профессиональной деятельности медицинские работники недостаточно защищены законом, подвергаясь, зачастую, нападениям и оскорблениям со стороны агрессивных и неадекватных пациентов. Данная проблема может быть решена принятием соответствующих федеральных законов, защищающих медицинских работников при исполнении ими своих служебных обязанностей, а также ужесточением уголовного законодательства.

Ключевые слова: медицинские работники; пациент; правовая защита; законодательство; законопроект.

ABSTRACT

The article considers the level of legal protection of medical workers in the conditions of increasing tension in society. The legal protection of medical workers in the performance of their duties is analyzed. It is shown that in the course of their professional activities medical workers are not sufficiently protected by the law, often subjected to attacks and insults from aggressive and inadequate patients. This problem can be solved by the adoption of appropriate Federal laws protecting medical workers in the performance of their duties, as well as by the tightening of criminal legislation.

Keywords: health workers; patient; legal protection; legislation; bill.

В статье 41 Конституции Российской Федерации прописаны основные гарантии, которые предоставляются гражданам Российской Федерации в сфере здравоохранения. В ней, в частности, констатируется, что каждый "имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь"[4]. Положения Конституции закрепляют и гарантируют охрану здоровья граждан как одну из основных функций государства. Возникающие правовые отношения в данной сфере являются наиболее актуальными в социально-политической жизни общества, так как по имеющимся научным данным, в среднем ежегодно в Российской

Федерации зафиксировано около 1.5 млрд. случаев обращения за медицинской помощью, а миллионы пациентов госпитализируются в медицинские учреждения [7].

Соответственно, каждое обращение за медицинской помощью порождает правоотношения между пациентами и медицинскими работниками, которые выступают основными участниками данных правоотношений. Юридическую сущность любого субъекта правоотношения составляет комплекс его прав и обязанностей, а также предусмотренная законодательством мера ответственности за нарушения требований права, наступление которой гарантирует государство. Анализ правового статуса пациента показывает, что он представляет собой не просто физическое лицо, которое получает медицинскую помощь, а лицо с чётко определённой, специальной правосубъектностью. Понятие "пациент" достаточно чётко проработано в медицинском праве, которое законодательно определяет пациента - как лицо со специфическим правовым статусом. Статус же пациента любой человек приобретает с момента пересечения порога медицинского учреждения, либо после вступления в контакт с медицинским работником, с целью выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей [1].

Непосредственно сущность юридического термина «пациент» закреплён и раскрыт в Статье 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». По закону, пациентом является физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» [8].

Анализируя вышеуказанный закон, можно сделать вывод о том, что особыми обязанностями пациент не обременён и по сути они все сводятся к положениям трех пунктов ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где пациент обязан во-первых, заботиться о сохранении своего здоровья; во-вторых, в случаях, предусмотренных российским законодательством, обязан 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, и в-третьих, пациент при нахождении на лечении, обязан соблюдать режим лечения.

Говоря же о правах медицинских работников необходимо отметить, все они находятся в сфере социального обеспечения, профессиональной деятельности и трудовых отношений и ничем качественно не отличаются от профессиональных прав других работников и служащих. Виды же ответственности медицинских работников, как специального субъекта, красной нитью проходят через все отрасли права, начиная с гражданского и заканчивая уголовным, где медицинский работник, врач – является специальным субъектом ответственности, именно из-за свойств своей профессиональной деятельности и, соответственно, специального правового статуса. Если во время предоставления медицинских услуг гражданину причинён вред жизни или здоровью, наступают различные виды ответственности, в особых же случаях - уголовная.

Ответственность медицинского работника наступает в следствие причинения вреда пациенту, если только вред не причинён в состоянии крайней необходимости, не исключаяющей ответственность, но учитывающей обстоятельства, при которых вред был причинён. Эти факты могут учитываться судом при принятии им решения о возмещении ущерба. В данном случае мы говорим только об ответственности в рамках правоотношения пациент – медработник, а ведь есть ещё большой ряд правоотношений где не обязательно непосредственное участие пациента как стороны, и медработник несёт ответственность перед государством в связи со спецификой своей деятельности и без нанесения какого-либо вреда пациенту. В частности, такое положение предусмотрено статьями административного кодекса (ст. ст. 5.39, 6.1, 6.2, 6.3, 6.8, 6.13, 6.16, 8.2, 8.5, 10.6, 13.11, 13.12, 13.14, 13.17, 14.19, 15.33, 15.34, 17.9, 19.1, 19.7, 19.20, 19.23, 20.4 КоАП Российской Федерации) [3]. Медработник в своей деятельности не только должен руководствоваться большим объёмом

обязывающих требований, но и несёт специальную ответственность. Как видно, из вышеуказанного, имеются существенные, на наш взгляд, отличия в правовом статусе медработника и пациента. Пациент (за исключением экстренных случаев) так или иначе волен сам выбирать вступать, или не вступать в правоотношения и нести весь спектр своих прав и обязанностей. Медицинский работник же, здесь существенно ограничен.

И здесь мы вплотную подходим к исследуемому нами вопросу о правовой защищённости медработников в условиях нарастающей напряжённости в обществе. Достаточно ли защищены медицинские работники в ходе своей профессиональной деятельности?

В последние несколько лет врачебная профессия из наиболее уважаемых в обществе превращается в профессию высокого риска для жизни и здоровья. СМИ все чаще сообщают о участившихся случаях нападения на медицинских работников при осуществлении своих профессиональных обязанностей. Насилию и оскорблениям подвергаются врачи и медицинские сестры приемных покоев, бригады скорой медицинской помощи, практикующие специалисты в больницах и поликлиниках.

Работа медицинских работников, зачастую сопряжена с риском для жизни, работая в особых и даже опасных условиях. Следует констатировать, что пациенты становятся все агрессивнее, вымещая свои личные неудачи и жизненные проблемы на людей, исполняющих свой профессиональный долг. Кроме того, медицинским работникам приходится работать с асоциальными элементами с криминальными наклонностями. При этом медицинский работник не защищён законом отдельно, как это происходит с полицейскими при исполнении служебных обязанностей. Нападение на служителя закона резко ужесточает меру ответственности. Правда, после ряда резонансных дел, связанных с нападением на медицинских работников, к решению данной проблемы приступали как местные органы законодательной власти, так и федеральные, однако на данный момент вопрос всё ещё остаётся предметом для обсуждения. На федеральном уровне в апреле 2016 года депутатами Государственной Думы Российской Федерации рассматривался законопроект дополняющий главу 16 Уголовного кодекса Российской Федерации новой статьёй 125.1 («Применение насилия в отношении медицинских работников»), выделив в ней два вида санкций в зависимости от тяжести преступления. Законопроект был отклонён [6].

В августе 2016 года широкой общественности было предоставлена информация о том, что в последнем квартале текущего года сразу три инициативы по защите врачей предполагалось разработать и направить для обсуждения в законодательный орган. По поручению главы Минздрава В. И. Скворцовой её ведомство подготовило две инициативы. Еще одна инициатива была инициирована Федеральным Собранием Российской Федерации. Речь во всех случаях шла о введении уголовной ответственности за произвол в отношении медработников. На общественное обсуждение по инициативе Минздрава был выставлен законопроект, предлагающий дополнить составы преступлений, предусмотренные статьями 112, 115 и 116 УК России (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, умышленное причинение легкого вреда здоровью, побои), квалифицирующим признаком – «если данные деяния совершены в отношении медицинских работников». Санкции при этом должны были быть приравнены к санкциям за нападение на представителей власти [9].

В июне 2017 года в первом чтении Государственной Думой был принят вариант законопроекта, направленный на защиту жизни и здоровья пациентов и медицинских работников (проект федерального закона № 139439-7 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников») [5]. Он подготовлен вице-спикером ГД Ириной Яровой и председателем Комитета по охране здоровья Дмитрием Морозовым. Депутаты предлагают включить в УК России норму об уголовной ответственности лиц, препятствующих медицинским работникам оказывать помощь больным – статья 124.1.

Эксперты Национальной медицинской палаты отмечают, что не все положения этого законопроекта отвечают целям защиты медицинских работников от нападений, участившихся в последнее время и ставящих под угрозу предусмотренное Конституцией Российской Федерации право граждан на качественную и доступную медицинскую помощь. Президент НМП Леонид Рощаль отмечает, что "задача законодателей сделать такой законопроект в защиту врачей, чтобы вокруг думы собрались медицинские работники и аплодировали. На сегодняшний день, предложенный думцами вариант, к сожалению, не защищает врача. Кроме того, из-за правовых недостатков он просто не будет работать на практике"[2]. В настоящее время представители Национальной медицинской палаты включены в рабочую группу по доработке данного законопроекта. Здесь следует отметить, что законопроект нуждается в доработке, прежде всего по причине слишком обширного применения и толкования термина «в отношении медицинских работников».

По нашему мнению, разработка законодательных инициатив в рассматриваемом вопросе возможна в двух вариантах: либо корректировка положений действующих статей Уголовного кодекса, с добавлением квалифицирующих признаков, либо дополнение кодекса новой статьей, полностью описывающей субъекты и случаи посягательства, а именно – осуществление медицинским работником своей профессиональной деятельности в момент посягательства. В данном аспекте основная цель изменения законодательства в первую очередь определяется тем, что ответственность за нападение на медиков, исполняющих свои обязанности должна быть приравнена к преступлениям против специальных субъектов, таких как представители власти и сотрудники правоохранительных органов. Социальные гарантии здоровья для всех граждан не менее важны для государственного устройства, чем, допустим, порядок управления. Возможно дополнение примечания к статье 318 УК России «Применение насилия в отношении представителя власти», устанавливающей ответственность за применение насилия неопасного (часть 1) и опасного (часть 2) для жизни и здоровья охраняемого законом лица. В данном случае правовая охрана медработников будет заключаться в дополнении специального субъекта – «медицинского работника, исполняющего свои профессиональные обязанности при оказании лечебной и, или скорой неотложной помощи». Осознание человеком уголовной ответственности за насилие над врачом службы скорой помощи должно быть существенным поводом для изменения своего поведения. Здесь мы делаем акцент на неопасном для жизни и здоровья насилии, которое будет квалифицироваться уже не по статье 116 УК России «Побои» – частного обвинения, а по статье публичного обвинения. На резонно возникающее мнение о том, что медицинского работника нельзя ставить на одну ступень с полицией и оперативниками, которые постоянно рискуют жизнью и здоровьем, и потому являются особыми субъектами правовой охраны, можно привести несколько аргументов в защиту нашей точки зрения. Во-первых, статья 318 УК России защищает так же представителей власти, осуществляющих кроме правоохранительных и иные распорядительные полномочия и не в пример меньше, сталкиваются с риском. Во-вторых, медицинские работники, обязанные днём и ночью выезжать по любым адресам в различные населённые пункты, не имеют по сути не только какой-либо особой правовой защиты, но и в связи с отсутствием специальных навыков и средств защиты – являются особенно уязвимыми в любой стрессовой и конфликтной ситуации. Причём необходимо отметить, что источником возникновения и негативного развития данных ситуаций в подавляющем большинстве случаев являются либо сами пациенты, либо лица их сопровождающие. В-третьих, медицинские работники зачастую первыми прибывают на место совершения каких-то правонарушений или преступлений, при этом без защиты правоохранительных органов. Но не стоит забывать, что точечное изменение уголовного законодательства не всегда приносит полного успеха, так как значительная часть граждан, особенно те социальные группы, допускающие для себя в принципе возможность применения оскорблений или насилия к медикам, не знакома с нормами Уголовного кодекса или иных правовых норм. Поэтому любые законодательные

инициативы должны быть частью общих социальных мер по улучшению качества жизни населения.

Список литературы:

1. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М., 2002. С.4. [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <http://www.docme.ru/> (дата обращения: 20.02.1019).
2. Законопроект по защите врачей, 16 июня 2017 года, принятый Государственной Думой в первом чтении. URL: [электронный ресурс] - Режим доступа. - <http://www.nacmedpalata.ru/>(дата обращения: 22.02.2019).
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 16.01.2019). [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 21.02. 2019).
4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г). [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <http://www.consultant.ru/>(дата обращения: 12.02. 2019).
5. Проект федерального закона № 139439-7 "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников». [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=24345> (дата обращения: 22.02.2019).
6. Протоколы заседаний Совета Государственной Думы от 21.04.2016. Официальный сайт Государственной думы. [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: [http:// asozd2.duma.gov.ru](http://asozd2.duma.gov.ru) (дата обращения: 22.02.2019).
7. Трошкина О.Н. Актуальные проблемы защиты прав пациентов в России в условиях глобализации. [электронный ресурс] — Режим доступа. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/aktualnye-problemy-zaschity-prav-patsienta-v-rossii-v-usloviyah-globalizatsii> (дата обращения: 12.02.1019).
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724. [электронный ресурс] — Режим доступа. - URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> (дата обращения: 20.02.1019).
9. Федеральный портал проектов нормативных правовых актов. [электронный ресурс] — Режим доступа. - URL: [http:// regulation.gov.ru / p / 54684](http://regulation.gov.ru/p/54684) (дата обращения: 22.02.2019).

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИРОДЫ ОДНОПОЛЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РОССИИ

Басова Алла Викторовна

кандидат юридических наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Евтеева Анастасия Александровна

студент лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Абдурахманов Арсен Касумович
студент лечебного факультета Саратовского государственного медицинского
университета имени В.И. Разумовского
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов

THEORETICAL AND LEGAL PROBLEMS OF NATURE OF SINGLE-SEX SEXUAL RELATIONS IN RUSSIA

Basova Alla Viktorovna
Candidate of Law Science, Assistant of the Department of Public Health and Health (with
courses in jurisprudence and history of medicine) of the Saratov State Medical University named
after V.I. Razumovsky Ministry of Health of Russia
Saratov

Evteeva Anastasia Alexandrovna
student of the medical faculty of the Saratov State Medical University named after V.I.
Razumovsky Ministry of Health of Russia
Saratov

Abdurakhmanov Arsen Kasumovich
student of the medical faculty of the Saratov State Medical University named after V.I.
Razumovsky Ministry of Health of Russia
Saratov

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена комплексному изучению и анализу природы однополых сексуальных отношений. Рассматривается отношение российского общества к гомосексуализму в контексте истории, с юридической точки зрения. Авторы приходят к мнению, что гомосексуализм имеет приспособленческую природу в различных социальных группах общества, определяется сознательным выбором человека, основанном на его представлении о моральных нормах сексуального поведения, а также, что гомосексуализм является маркером нуждаемости человека в долгосрочной психологической помощи, направленной на профилактику депрессий и суицидальных попыток.

Ключевые слова: гомосексуализм; геи; лесбиянки; причина гомосексуализма.

ABSTRACT

The article is devoted to a comprehensive study and analysis of the nature of same-sex sexual relations. We consider the attitude of Russian society to homosexuality in the context of history, from a legal point of view. The authors come to the conclusion that homosexuality has an opportunistic nature in various social groups of society, determined by the conscious choice of a person based on his understanding of moral norms of sexual behavior, and also that homosexuality is a marker of a person's need for long-term psychological assistance aimed at preventing depression and suicidal attempts.

Keywords: homosexuality; gay men; lesbians; reason for homosexuality.

Проблема признания прав российских граждан на однополые сексуальные отношения все чаще обсуждается в обществе, которое всегда неоднозначно относилось к таким отношениям. Уяснение природы гомосексуализма необходимо для определения правового статуса российских геев и лесбиянок, определения необходимости развития специальных прав, направленных на их защиту от дискриминации в обществе.

История гомосексуализма уходит своими корнями в древние времена. Археологи на основе анализа наскальных рисунков пришли к выводу о существовании подобных

отношений еще у неандертальцев. Как свидетельствуют ученые, гомосексуальные отношения были обычным явлением во многих индейских племенах Северной Америки, а также у аборигенов Новой Гвинеи. Данный феномен встречался в Древней Греции и Риме. Однако под влиянием христианской церкви начались гонения представителей сексуальных меньшинств. Например, в Англии и Испании гомосексуалистов сжигали на костре вместе с еретиками. До середины XIX века гомосексуализм считался не только пороком, но и извращением [1].

В истории Древней Руси к однополым сексуальным отношениям людей было неоднозначное. К женскому гомосексуализму государство не проявляло никакого интереса, так как женщина не воспринималась как равноправный и полноценный член общества. К мужскому гомосексуализму государство относилось менее толерантно, но наказание за него не предусматривало. Распространение гомосексуализма среди мужчин в Древней Руси объясняется ведением войн, «изоляцией» мужчин от женского общества [2].

В 1706 году Петр I ввел смертную казнь через сожжение на костре за практику гомосексуализма среди военных. Наказание на гражданских лиц не распространялось. В 1716 году смертную казнь он заменил на телесные наказания и ссылку. В 1835 году Николай I подписал и ввел в действие новый свод уголовных законов, в который была внесена антигомосексуальная статья, предусматривающая наказание в виде лишения всех прав состояний и ссылки в Сибирь сроком на 4-5 лет за однополые сексуальные отношения между мужчинами, а если такие действия совершались в отношении малолетнего либо слабоумного лица, то предусматривалось лишение всех прав состояний и ссылка в Сибирь на каторжные работы от 10 до 12 лет [3].

Гомосексуализм существовал в СССР и государственное отношение к нему было достаточно жестким. В Уголовный кодекс РСФСР и в Уголовные кодексы союзных республик в 1926 году была введена уголовная ответственность за добровольные сексуальные отношения между мужчинами. За мужеложство предусматривалось наказание – лишение свободы на срок от трех до пяти лет, а если оно было совершено с применением насилия или с использованием зависимого положения потерпевшего, то предусматривалось лишение свободы от пяти до восьми лет. Люди, замеченные в однополых связях, становились «нерукопожатными», их исключали из комсомола, не принимали в партию [4].

Что же сегодня влияет на выбор однополых сексуальных связей людьми: генетическая предрасположенность, болезненная или естественная природа гомосексуализма, воспитание, личный выбор, религия?

Общепринято считать, что гомосексуализм наблюдается в закрытых обществах при наличии половой сегрегации (учебные заведения интернатного типа, тюрьма, армия), где, практикуя гомосексуальные связи, люди не подвергают сомнению свою гетеросексуальную идентичность, а сексуальный интерес к лицам своего пола оправдывают временными условиями, не позволяющими проявлять свою гетеросексуальность.

В России среди религий более всего распространены христианство и ислам, которые не одобряют гомосексуализм. Христианство признает однополые сексуальные отношения грехом, расплата за который описана в Библии, а именно, уничтожение Богом городов Содомы и Гоморры. Согласно исламу, гомосексуальные отношения также являются грехом и запрещены Кораном. Известны слова пророка Мухаммада о необходимости наказания в виде смертной казни за гомосексуальные отношения. Следовательно, выбор гомосексуализма человеком не основывается на религии.

Гомосексуализм существует среди животных и часто его сторонники заявляют о том, что раз он существует в естественных условиях природы, то данные отношения среди человеческой популяции также являются нормой. По мнению американского философа Майкла Брауна, наличие гомосексуального поведения у животных не может использоваться как доказательство того, что гомосексуальность среди людей является биологической нормой, так как гомосексуальные проявления между животными, обычно, являются выражением их доминирующей или подчиняющейся роли, занимаемой одной конкретной

особью по отношению к другой. Канадский исследователь Пол Вейси, отрицая естественную природу гомосексуализма, обращает внимание на то, что убийство животными своих детенышей широко распространено в животном мире, но никто не отталкивается от этого факта, чтобы оправдать убийство детей родителями [5]. Трудно не согласиться с данными мнениями. Разум определяет поведение человека и сравнивать поведение животных с поведением человека весьма некорректно.

Исследовав в 1991 году генетическую и нейронную природу гомосексуализма, нейробиолог Simon LeVay, указывает на то, что в результате он не обнаружил генетические изменения или «гей-центр в мозге» у гомосексуалистов. Пол Кэмерон в 2006 году в своем исследовании пришел к выводу о роли воспитания в выборе однополых сексуальных отношений молодежью. Сексуальные предпочтения родителей влияют на поведение подростков, поэтому у гомосексуальных и лесбийских родителей, более вероятно, дети будут геи, лесбиянки, бисексуалы или неуверенные в сексуальной ориентации сыновья и дочери [6].

В России действует запрет пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений. В ряде субъектов Российской Федерации (Башкортостане, Санкт-Петербурге, Краснодарском крае, Архангельской, Иркутской, Калининградской, Костромской, Магаданской, Новосибирской, Рязанской, Самарской областях) в период 2006-2013 гг. были приняты региональные законы о запрете распространения информации (пропаганды) нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних. Аналогичные требования в 2013 году были внесены в Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» [7], и это указывает на то, что законодатели согласны с тем, что пропаганда однополых отношений может повлиять на сексуальные предпочтения несовершеннолетних.

С юридической точки зрения гомосексуализм не является нарушением закона в России. Статья «о мужеложестве» была исключена из российского Уголовного кодекса в 1993 году, и если такие отношения возникают у взрослых людей по согласию, то они не преследуются законом. Запрет гомосексуализма не останавливает человека в выборе однополых сексуальной ориентации. Подтверждением этому является существование гомосексуализма в исламских странах, где он запрещен под угрозой смертной казни. Следовательно, отсутствие законодательного запрета гомосексуальных отношений не оказывает существенного влияния на выбор сексуальной ориентации.

С медицинской точки зрения, гомосексуальность не является болезненным явлением, нездоровой аномалией, признаком психического расстройства, так как она была удалена из международной классификации болезней и сейчас считается одной из сторон сексуальной ориентации. Однако большинство психиатров относят гомосексуализм к девиантному поведению, отмечают возможность достижения положительных результатов его лечения. Целесообразно заметить, что решение об исключении гомосексуализма из перечня патологии было принято перевесом всего в один голос [8].

Всякая сексуальная интимность не существует у здоровых людей публично, а гомосексуалисты требуют проведение парадов на территории России, проводят публичную агитацию у школ гомосексуальных отношений, поэтому говорить о природе гомосексуализма как лишь о виде сексуальной ориентации не целесообразно. На наш взгляд, такое поведение не является признаком психического здоровья человека. Более того, большинство гомосексуалистов страдают депрессиями и чаще всего совершают попытки суицидов, чем представители других социальных групп, что также свидетельствует об психическом нездоровье гомосексуалистов [9].

Таким образом, гомосексуализм нельзя считать новым явлением для России и наивно утверждать, что он возник в нашей стране под влиянием других культур. Сексуальные меньшинства существовали в России всегда, как и во всем мире, менялось только отношение общества к ним. Распространение гомосексуализма в закрытых однополых группах, имеющий временный характер, и практика гетеросексуальных

отношений лиц, отказавшихся от гомосексуализма после выхода из таких групп, указывают на то, что данные отношения складываются в результате выбора человека. Практика временных однополых сексуальных отношений указывает на приспособленческую их природу, направленную на адаптацию в определенных общественных группах. Отсутствуют доказательства того, что гомосексуализм является искажением генома человека, поражением мозга, официально он не является болезнью, однако, доказано, что сексуальные предпочтения подростков формируются под влиянием сексуального поведения родителей. Мы считаем, что однополые сексуальные отношения являются результатом издержек воспитания человека и его выбора, основанном на его моральных представлениях о нормах сексуального поведения. Несмотря на то, что гомосексуализм исключен из международной классификации болезней, необходимо признать нуждаемость гомосексуалистов в долгосрочной психологической помощи, направленной на снижение их суицидальных действий и общественной огласки своей сексуальной ориентации.

Список литературы:

1. Ростова А.В. Представители сексуальных меньшинств: особенности социальной дистанции в современном российском обществе // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2011. – № 8. – С. 205–213.
2. Степанова О.Ю. Противодействие гомосексуализму в российском государстве досоветского и советского периода // Актуальные вопросы борьбы с преступлениями. – 2016. – № 1. – С. 27–34.
3. Карманов М.В. Сексуальные меньшинства: проблемы оценки и анализа // Статистика и математические методы в экономике. – 2014. – № 2. – С. 158–162.
4. Кортунов В.В., Зорина Н.М., Краснова О.Н., Кокотов С.А. Социокультурные и мировоззренческие истоки гомофобии в России // Сервис Plus. – 2015. – № 4. – С. 91–104.
5. Лысов В., Шатнер А., Куренной И.С. Проблема антропоморфной интерпретации поведения животных в контексте дискуссии об особенностях сексуального поведения человека // Интернет-журнал «Мир науки». – 2018. – №1. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/45PSMN118.pdf>. (дата обращения: 10.02.2018).
6. Mayer, L.S.; et al. Sexuality and Gender Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences. Special Report // The New Atlantis. – 2016. – S. 13–128. [электронный ресурс] Режим доступа URL: https://www.thenewatlantis.com/docLib/20160819_TNA50SexualityandGender.pdf (дата обращения: 10.02.2018).
7. О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию: Федеральный закон от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ (ред. от 18.12.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 1. – Ст. 48.
8. Кочарян Г.С. Нормализация гомосексуализма как медико-социальная проблема // Независимый психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 28–36.
9. Ворошилин С.И. Расстройства половой ориентации и суицидальное поведение: правовые и социальные аспекты // Суицидология. – 2012. – № 1. С. 39–43.

МЕДИЦИНСКИЕ РИСКИ И ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ

Бездетко Георгий Игоревич
Главный врач ООО «Семейный доктор»,
г. Ижевск

MEDICAL RISKS AND MEDICAL ERRORS IN THE PRACTICE OF LAW ENFORCEMENT

Bezdetko George Igorevich

The chief doctor of LLC "Family doctor», Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Рассматриваются риски при оказании медицинской услуги или медицинской помощи в медицинской деятельности. Так же при выполнении профессиональных обязанностей, медицинский работник может совершить умышленное (как правило, с косвенным умыслом) или неосторожное действие, либо допустить бездействие, последствиями которого наступает вред здоровью или смерть пациента. Ответственность медицинских работников в этих случаях наступает соответственно.

Ключевые слова: Медицинский работник, медицинские риски, вредные последствия, юридическая ответственность.

ABSTRACT

Annotation: Considers the risks in the provision of medical services or medical care in medical activities. Also, in the performance of professional duties, a medical professional may commit an intentional (usually indirectly intentional) or careless action, or allow inaction, the consequences of which result in injury or death of the patient. Responsibility of medical workers in these cases comes accordingly.

Keywords: Medical worker, medical risks, harmful consequences, legal liability.

Председатель Следственного комитета России А. Бастрыкин на заседании коллегии по вопросам организации работы по расследованию преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, привел следующие статистические данные: В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи, – 142 ребенка» [1].

Проблемы правового регулирования медицинской деятельности рассматривались различными учеными и практиками, в особенности в последнее время [2]. Деятельность любого медицинского работника связана с риском.

При оказании медицинских услуг существует ряд рисков. Медицинский риск возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов при оказании любых медицинских услуг и медицинской помощи.

Так как медицинская деятельность немислима без экспериментирования, как и любая другая наука. При этом специфика медицинского эксперимента состоит в том, что он требует окончательной проверки на организме человека, что связано с риском наступления вредных последствий. В таких случаях медицинское действие, предпринятое в порядке новаторства, должно быть осуществлено в интересах пациента, а также методы и средства должны пройти необходимую предварительную проверку на животных. Такая проверка считается достаточной, но не исключает определенную степень риска. Риск во многом связан с состоянием здоровья конкретного пациента.

Так же, важно определить, что же является врачебной ошибкой. Врачебная ошибка – неправильное определение болезни врачом (диагностическая ошибка) или неправильное врачебное мероприятие (операция, назначение лекарства и др.), обусловленные добросовестным заблуждением врача [3].

Не является преступлением причинение вреда при обоснованном риске. В ч.2 ст.41 Уголовного Кодекса Российской Федерации дается понятие обоснованного риска. Так, риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам [4].

Риск правомерен в том случае, если соблюден ряд условий. Отсутствие хотя бы одного из них, дает основание считать риск необоснованным, что может повлечь уголовную ответственность. Приводятся четыре обязательных условия обоснованного риска:

- наличие доказанной объективной возможности достижения полезной цели, к примеру излечение больного, облегчение его страданий;

- полезная цель не должна быть достигнута не рискованными средствами, к примеру консервативные методы лечения исчерпаны, необходима хирургическая операция;

- наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно, к примеру неблагоприятные последствия операции только возможны, но не являются неизбежными;

- пациент должен быть согласен на применение рискованных медицинских действий. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства, могут применяться только после получения добровольного письменного согласия пациента. Согласие должно носить продуманный характер, т. е. после предоставления больному полной информации как о состоянии его здоровья, так и о последствиях применения или отказа от применения предлагаемого медицинского вмешательства.

Так же при выполнении профессиональных обязанностей, медицинский работник может совершить умышленное (как правило, с косвенным умыслом) или неосторожное действие, либо допустить бездействие, последствиями которого бывают вред здоровью или смерть пациента. Ответственность медицинских работников в этих случаях наступает соответственно. В подтверждение вышесказанного, можно привести пример: 28.08.2017 г. в г. Курске по части 2 статьи 109 УК России за причинение пациенту смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей был осуждён врач-оториноларинголог. Пациент употреблял в пищу кролика и вдохнул кость, после чего был доставлен на автомобиле скорой помощи в приёмное отделение одной из городских больниц с инородным телом дыхательных путей. Дежурный ЛОР-врач осмотрел пациента методом непрямой ларингоскопии (при помощи гортанного зеркала) и выявил расположение кости под голосовыми складками гортани, но экстренных мер не принял, а принял решение направить пациента на реанимобиле в областную больницу для удаления инородного тела эндоскопическим методом. В больнице пациент скончался.

Другой пример: 31 января 2017 г. в больницу с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение, общую слабость обратился 51-летний мужчина. В ходе приема пациенту был установлен неверный диагноз, что повлекло его повторное обращение в ЦРБ в начале февраля. При повторном приеме терапевт вновь выставила неверный диагноз. Мужчина лечился в соответствии с назначениями врача, однако вскоре его состояние ухудшилось и 7 февраля 2017 г. он скончался в отделении реанимации Вуктыльской ЦРБ в результате тромбоэмболии легочной артерии.

Согласно выводам комиссионной судебной экспертизы, у терапевта имелась возможность заподозрить у больного острое кардиосостояние. Однако врач-терапевт не организовала надлежащее динамическое наблюдение за больным, консультацию других специалистов и своевременный консилиум врачей, не настояла на экстренной госпитализации больного, что привело к смерти пациента[5].

Так же одной из основных представляется проблема - отсутствие на федеральном уровне регламента по оценке и контролю качества предоставляемых медицинских услуг. На практике на сегодняшний день возникают споры между пациентами, медицинскими учреждениями и страховыми организациями по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи. Разрешать данные разногласия приходится в суде общей юрисдикции, в котором помимо данной категории дел рассматриваются споры, возникающие во всех отраслях законодательства. Судья должен разбираться во всех тонкостях и особенностях каждой отрасли права, что в силу объективных причин невозможно. Поэтому возникает потребность в создании независимого института, который был бы способен рассматривать и разрешать споры в столь специфической сфере. Следовательно, представляется

необходимым создание третейского суда медицинского страхования при территориальных фондах обязательного медицинского страхования.

Список литературы:

1. Коллегия по вопросам расследования преступлений в СК России, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи [электронный ресурс] - Режим доступа. - <https://sledcom.ru/news/item/1069831/?print=1>
2. Калугина Н.Г., Калугин С.С. История регламентации ответственности за взяточничество в уголовном законодательстве. Восточно-Европейский научный вестник. 2016. № 3 (7). С. 34-36.
3. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. – С. 352.
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 12.11.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. 2018. - № 47. Ст. 7141.
5. Новости прокуратуры Российской Федерации. Электронный адрес <https://procrf.ru/news/> - Дата обращения 18.03.2019 года.

ПРАВОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Богданова Елена Петровна

кандидат юридических наук, заведующий кафедрой государственно-правовых дисциплин ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал), г. Ижевск

LEGAL EDUCATION OF MEDICAL WORKERS: THEORETICAL AND LEGAL ASPECT

Bogdanova Elena Petrovna

Candidate of Law, head. Department of State and Legal Disciplines, of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрена проблема правовой грамотности и правового просвещения медицинских работников. Выявлены последствия, которые вызывает отсутствие юридических знаний врачей. Проведен анализ основных направлений государственной политики Российской Федерации в сфере развития правовой грамотности и правосознания граждан.

Ключевые слова: правовое сознание, правовое просвещение, государственная политика, государственные учреждения, медицинские работники, права пациентов.

ANNOTATION

The article deals with the problem of legal literacy and legal education of medical workers. The consequences of the lack of legal knowledge of doctors are revealed. The analysis of the main directions of the state policy of the Russian Federation in the development of legal literacy and legal consciousness of citizens is carried out. **Keywords:** legal awareness, legal education, public policy, public institutions, medical workers, patient rights

Keywords: legal awareness, legal education, public policy, public institutions, medical workers, patient rights.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации Россия является демократическим, правовым государством, для которого характерны верховенство права, признание человека, его прав и свобод высшей ценностью, а соблюдение и защита их является обязанностью государства [1].

Развитие правового государства, формирование гражданского общества и укрепление национального согласия в России требуют высокой правовой культуры, без которой не могут быть реализованы такие базовые ценности и принципы жизни общества, как верховенство закона, приоритет человека, его неотчуждаемых прав и свобод, обеспечение надёжной защищённости публичных интересов.

Следует отметить, что исследование вопросов правовой культуры и формирования правового сознания имеет глубокие исторические корни, что получило отражение в политико-правовых взглядах известных государственных деятелей и научных трудах современных ученых [3].

В настоящее время российское государство является сложной социальной и политической системой. Управление государственными делами предполагает высокую организованность и компетентность, а также профессионализм. Именно для этих целей и существует государственный механизм, состоящий из государственных органов и учреждений, а также государственных предприятий, выполняющих определенные функции.

В государственном механизме особое место занимают государственные учреждения, которые не обладают властными полномочиями (за исключением их администраций), а осуществляют практическую деятельность по выполнению функций государства в социальной, культурной и других сферах [4]. К их числу относят и систему медицинских учреждений.

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно. Вместе с тем принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения [1].

Оказание качественных медицинских услуг в настоящее время предполагает не только высокий уровень медицинских, но и юридических знаний сотрудников учреждений здравоохранения, что актуализирует проблему правовой грамотности и правового просвещения медицинских работников.

По мнению ряда исследователей, в современной России наблюдается тенденция роста конфликтов в сфере оказания медицинской помощи и медицинских услуг, что нередко заканчивается судебным разбирательством. Это можно объяснить рядом причин, к которым можно отнести: процессы развития и совершенствования законодательства, регулирующего сферу здравоохранения; укрепление и развитие принципов законности; возрастание роли субъективного фактора в процессе оказания медицинской услуги, с которым связано все более широкое участие населения; наличие существенного объема прав у лиц, обратившихся за медицинской помощью (права пациента, потребителя, застрахованного лица, гражданина Российской Федерации); быстрые темпы развития медицинской науки и техники, реализация на практике новых способов лечения и современных технологий и др. [5].

Проблема правовой грамотности медицинских работников в настоящее время привлекает особое внимание правоведов. Сознательное осуществление гарантированных государством прав и выполнение правовых обязанностей в обществе предполагает наличие определенного уровня правового сознания.

Однако, внимание медицинских работников к знаниям, выходящим за рамки их профессиональных компетенций часто недостаточно и не вызывает у них должного интереса.

Проблемы правовой грамотности медицинских работников нередко выражаются в недостаточности знаний медико-правовых аспектов в сфере здравоохранения в условиях

изменения его законодательной базы, в незнании прав пациента, норм юридической ответственности медицинских работников и др.

Нередко правовая аморфность врачей и отсутствие правовых знаний создает возможность злоупотребления и игнорирования равноправия субъектов правоотношений, которые складываются в сфере оказания медицинской помощи и медицинских услуг.

Большое внимание в современной России уделяется проблеме развития правовой грамотности и правосознания граждан. В соответствии с «Основными государственной политики Российской Федерации в сфере развития правовой грамотности и правосознания граждан» целями государственной политики сегодня являются:

1) формирование в обществе устойчивого уважения к закону и преодоление правового нигилизма;

2) повышение уровня правовой культуры граждан, включая уровень осведомлённости и юридической грамотности;

3) создание системы стимулов к законопослушанию как основной модели социального поведения;

4) внедрение в общественное сознание идеи добросовестного исполнения обязанностей и соблюдения правовых норм [2].

Государство создаёт условия, обеспечивающие развитие правовой грамотности и правосознания граждан, их осведомлённость о характере, способах и пределах осуществления и защиты их прав, охраняемых законом интересов в административном и судебном порядке, а также доступ граждан к квалифицированной юридической помощи. Важнейшей задачей государства является также пропаганда и разъяснение необходимости соблюдения гражданами своих обязанностей, правил общежития, уважения прав и законных интересов других лиц независимо от расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений и других обстоятельств.

Государственная политика проводится одновременно с комплексом мер по совершенствованию законодательства Российской Федерации и практики его применения, по повышению эффективности государственного и муниципального управления, правоохранительной деятельности, по пресечению коррупции и подмены в бюрократических интересах демократических общественных целей и задач [2].

Государственная политика ориентируется на исторически сложившиеся нормы морали и общепризнанные нравственные ценности многонационального народа России, направленные на обеспечение правомерного и добропорядочного поведения граждан, в особенности несовершеннолетних. [6]

Таким образом в настоящее время одной из проблем в сфере развития правовой грамотности является необходимость формирования и воспитания медицинских работников как личностей, для которых главенство права не вызывает сомнения [7].

Освоение правовых знаний и применение их на практике помогает медицинским работникам найти свое место в гражданском обществе. Осознание врачом себя полноценным субъектом правоотношений, складывающихся в здравоохранении, своего правового статуса, реализация в повседневной профессиональной деятельности неукоснительного соблюдения правовых предписаний на основе уважения к закону лежит в основе реализации прав пациентов и в итоге послужит надежным фундаментом формирования правового поля в области здравоохранения.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 (в ред. от 21.07.2014) // Собрание законодательства Российской Федерации – 2014. – № 31. – Ст. 851.

2. Основы государственной политики Российской Федерации (утверждены Президентом Российской Федерации 28.04.2011. № Пр-1168-№ 151).

3. Богданова Е.П. Политико-правовые идеи А.Ф. Дерябина в сфере развития горного образования и формирования правовой культуры в России в начале XIX века // Правовая культура. - № 2(29) - С. 100-107.

4. Бошно С.В. Теория государства и права [Электронный ресурс]: учеб. / С.В. Бошно. — М.: Юстиция, 2016. — 406 с. — Для бакалавров и специалистов. - Режим доступа: <http://www.book.ru/book/917567>.

5. Добровольская Н.Е. Правовая грамотность медицинского работника – механизм реализации прав пациента в стоматологической практике // Земский Врач. - №6(10).- 2011. – С.9-11.

6. Калугин С.С., Калугина Н.Г. Составная часть национальной безопасности – защита прав и свобод несовершеннолетних. В сборнике: Пенитенциарное право и пенитенциарная безопасность: теория и практика материалы III Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Р.А. Ромашова. 2013. С. 120-123.

7. Юридическая этика. Аминов И.И., Дедюхин К.Г., Усиевич А.Р., Зинатуллин З.З. Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Юриспруденция», «Правоохранительная деятельность». - Москва, 2017.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ ПРАВ ЖЕНЩИН В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ ФСИН РОССИИ

Бурт Альбина Анасовна

*кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник
филиала (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России,
г. Ижевск*

Пустовалов Андрей Рудольфович

*кандидат юридических наук, доцент кафедры
теории и истории государства и права ФГБОУ ВО
«Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

LEGAL ISSUES OF ENSURING MATERNAL RIGHTS OF WOMEN IN DETENTION FACILITIES OF THE FSIN OF RUSSIA

Burt Albina Anasovna

*candidate of medical Sciences, leading researcher of the branch (Izhevsk) the Research
Institute of the Federal penitentiary service of Russia, Izhevsk*

Pustovalov Andrey Rudolfovich

*candidate of legal Sciences, associate Professor of the Department of theory and history
of state and law of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Множество международных законодательных документов декларирует всестороннее обеспечение материнских прав женщин-заключенных, содержащихся в следственных изоляторах. Целью нашей работы была оценка реальной ситуации по обеспечению материнских прав женщин в следственных изоляторах ФСИН России. Показано, что отсутствуют нормативно-правовые акты, устанавливающие возможность материально-бытового обеспечения средствами и предметами ухода за младенцами, соответствие санитарно-гигиеническим нормам площади и освещения камер для совместного содержания и территории для прогулок.

Ключевые слова: женщины-заключенные, материнские права, материально-бытовое обеспечение, санитарно-гигиеническое обеспечение.

ABSTRACT

Many international legal instruments declare full protection of the maternal rights of women prisoners in pre-trial detention facilities. The purpose of our work was to assess the real situation to ensure the maternal rights of women in the detention centers of the FSIN of Russia. It is shown that there are no normative legal acts establishing the possibility of material and household provision of means and objects of care for infants, compliance with sanitary and hygienic norms of the area and lighting of cells for joint maintenance and the territory for walks.

Keywords: women prisoners, maternal rights, material living conditions, sanitary and hygienic provision.

Для малолетних и зависимых детей лишение свободы их главного опекуна является негативным фактором, влияющим на их дальнейшую жизнь. Данная ситуация может серьезным образом подействовать на его физическое и психическое здоровье, а также умственное развитие и эмоциональное благополучие.

Принимая во внимание общемировой рост численности женщин-заключенных, имеется необходимость особого отношения к проблеме реализации специфических гендерных потребностей и признании ее актуальности. В 1980 году VI Конгрессом ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями была принята резолюция, в которой признано, что у них возникают специфические проблемы и что нужно выработать способы их разрешения; особое внимание должно уделяться таким проблемам женщин-правонарушителей, как их беременность и уход за ребенком [1].

Конвенция о правах ребенка, утвержденная Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 года, провозглашает ребенка самостоятельным субъектом права. В ней закреплены достигнутые успехи в создании защитных правовых структур и специальный механизм контроля – Комитет ООН по правам ребенка, наделенный особыми полномочиями. Одним из основных принципов данной Конвенции является приоритетность интересов детей перед интересами общества.

Все решения относительно ребенка, поступившего вместе с матерью в следственный изолятор и пребывающего вместе со своей матерью, в первую очередь должны основываться на обеспечении наилучших интересов ребенка. Все решения должны приниматься на основе ответственности государства по обеспечению этому ребенку особой защиты и поддержки. Ребенок может быть отделен от матери только в том случае, если такое разделение представляется единственным и необходимым условием обеспечения его наилучших интересов. Когда ребенок вынужден остаться в следственном изоляторе вместе с матерью, необходимо обеспечить для него условия соблюдения и защиты всех прав ребенка на период его нахождения. Содержание ребенка в таких учреждениях должно быть официально зарегистрировано, а все механизмы социальной защиты и попечения в его отношении должны работать. Возможность для ребенка покинуть стены учреждения должна быть предоставлена в любое время. Так гласят постулаты основных законодательных документов по обеспечению материнских прав женщин-заключенных.

Вопросы организации медико-социальной помощи детям, проживающим совместно с матерями – подозреваемыми и обвиняемыми в следственных изоляторах, регламентированы совместным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства юстиции Российской Федерации. «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» [3].

Медицинское обеспечение детей, матерей, а также беременных женщин осуществляется силами сотрудников региональных медико-санитарных частей ФСИН России. В штатном расписании следственного изолятора, предназначенного для женщин, предусмотрен врач акушер-гинеколог. После осмотра у специалиста и выявления беременности, женщину ставят на учет. Она осматривается терапевтом, стоматологом и другими специалистами по потребности. Врачом акушером-гинекологом разрабатывается

индивидуальная программа по ведению беременности женщин, проводятся необходимые методы исследования: сдача общих клинических анализов; сдача крови на биохимический анализ; мазки на флору; исследования на различные инфекционные заболевания; определение антител к вирусам кори и краснухи; определение группы крови и резус-фактора; исследования на сифилис, СПИД; определение свертываемости крови; обследования на гормоны щитовидной железы, маркеры наследственных болезней и на уровень угрозы выкидыша.

Нередко следственные изоляторы оснащены портативной аппаратурой для ультразвуковой диагностики, которая может применяться для обследования женщин. В связи с этим необходимо проводить обучение ультразвуковой диагностике штатных врачей-гинекологов филиалов медико-санитарных частей, расположенных в следственных изоляторах. Соответствующая работа осуществляется во многих территориальных органах. При отсутствии возможности проведения дополнительного обследования на территории следственного изолятора весь объем необходимой помощи осуществляется в ближайших женских консультациях, родильных домах и перинатальных центрах медицинских организаций государственной системы здравоохранения.

В следственных изоляторах возникает объективная необходимость проведения просветительной работы среди беременных женщин, поскольку с наступлением беременности и оказавшись в условиях лишения свободы, женщина вынуждена менять не только привычный жизненный уклад, но и прилагать усилия к тому, чтобы беременность протекала без осложнений, отклонений, патологий, рождения здорового ребенка в положенный срок.

Работа по санитарно-гигиеническому воспитанию и обучению матерей организуется начальником филиала медико-санитарных частей регионов Российской Федерации. Она направлена на повышение санитарной культуры, профилактику заболеваний, привитие навыков по воспитанию и уходу за ребенком. Формы санитарно-просветительной работы: бюллетени по вопросам санитарии и гигиены, сезонной профилактики заболеваний, «школа матерей», лекции и беседы на медицинские темы. Именно этому вопросу настоятельно было рекомендовано уделить особое внимание по результатам III Всероссийского совещания начальников домов ребенка, организованных при женских исправительных учреждениях ФСИН России.

Роды женщин, содержащихся в следственных изоляторах, осуществляются практически в 100% в родильных домах медицинских организаций государственной системы здравоохранения. Рождение ребенка регистрируется в порядке, установленном Федеральным законом «Об актах гражданского состояния» от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ [6]. Государственная регистрация новорожденного проводится органами ЗАГС по месту пребывания ребенка или по месту жительства родителей. Данный вопрос решается самостоятельно родителями. Никаких отметок о том, что ребенок родился в следственном изоляторе, не проводится.

Согласно Федеральному Закону Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования (ОМС) новорожденному ребенку выдает территориальный фонд ОМС [7]. Этой процедурой занимается социальный работник следственного изолятора. Новорожденный или малолетний ребенок закрепляется к детской поликлинике, территориально прикрепленной к следственному изолятору. В настоящее время женщины-родильницы имеют право выбора медицинской организации для своего ребенка. Первичный патронаж новорожденного, как правило, на третий – пятый день после приезда из роддома.

Педиатр из участковой поликлиники в сопровождении сотрудника приходит в камеру и осматривает новорожденного ребенка в соответствии с алгоритмом обследования и помещением. При диагностировании какой-либо патологии у ребенка по возможности проводится своевременная коррекция. В возрасте одного месяца ребенка показан скрининг

новорожденных, в него входят: – аудиоскрининг новорожденных; УЗИ головного мозга – дает возможность своевременного выявления отклонений в развитии центральной нервной системы; осмотр тазобедренных суставов (при необходимости УЗИ). В случае выявления патологии, врач дает необходимые рекомендации по проведению лечебной гимнастики и массажа. Данное обследование проводится в участковой поликлинике. Дети на прием к врачу детской поликлиники вывозятся без мам. Здесь проводится диспансерное наблюдение детей первого года жизни и плановая вакцинация.

Организация камер по типу «Мать и дитя», кроме предоставления спокойного и удобного места внутри СИЗО для проживания младенца со своей матерью, обуславливает формирование отношений между ними и гарантирует надлежащий уход и содержание, способствующее нормальному развитию ребенка. При любых обстоятельствах интересы ребенка являются приоритетными. Во всем мире большое количество женщин, заключенных под стражу, помещены в следственные изоляторы за незначительные преступления. Даже когда в следственном изоляторе организовано специальное место для содержания женщин с их малолетними детьми, само по себе заключение влияет разрушающе и на мать, и на ее ребенка. Эти женщины, их дети и их окружение намного больше бы выиграли, если бы матери получили наказание, не связанное с лишением свободы, например, общественные работы или условное осуждение. Это возможно при условии более широкого применения процедур восстановительного правосудия и применения специальных программ помощи наркоманам и при других пагубных пристрастиях, а возможно и принудительного лечения зависимостей. Хотя государства имеют ясное представление о выгоде и пользе наказаний без изоляции от общества, все-таки используют они их не так часто, как бы хотелось. Российский уголовный кодекс позволяет женщинам, совершившим незначительные преступления и имеющих детей до 14 лет, получить отсрочку приговора до исполнения ребенку 14 лет.

Нами проведены анкетные запросы территориальных органов по наиболее актуальным вопросам совместного содержания женщин и младенцев в следственных изоляторах. Ответы получены из 20 территориальных органов ФСИН России. Произведены выезды в УФСИН России по Республике Татарстан, ГУФСИН России по Нижегородской области, УФСИН России по г. Москве. Нижеследующие заключения даны по результатам анкетирования и инспекции.

В анкетном опросе был очерчен круг основных проблемных вопросов содержания женщин совместно с детьми грудного и раннего возраста в следственных изоляторах. При этом практически все ответы на поставленные вопросы были самыми разнообразными, что свидетельствует о значительных пробелах в нормативных актах в данной сфере.

На вопрос: «Каким образом и из каких средств осуществляется поставка детского питания новорожденных и грудных детей, в том числе обеспечение их искусственными смесями и блюдами для прикорма, находящихся в следственном изоляторе?». На этот вопрос все территориальные органы ответили, что финансирование осуществляется из средств федерального бюджета путем организации закупок. В одном территориальном органе указали, что дети обеспечиваются молочными смесями по рецепту участкового педиатра детской поликлиники по месту дислокации следственного изолятора, а с 6 месяцев блюдами из молочной кухни, что представляется адекватным для малыша. На данный момент вопрос снабжения искусственными смесями и детским питанием ребенка, находящегося с матерью в следственных изоляторах не до конца проработан. Часть детского питания обеспечивается из средств благотворительных организаций и спонсорских средств. Питание детей, находящихся с матерями при конвоировании, следственных изоляторах, осуществляется по нормам питания, установленным для детей, находящихся в домах ребенка Министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии с информационным письмом Минздравсоцразвития России от 10.08.2006 № 15-3/1295-04 «Рекомендуемые нормы питания (среднесуточные наборы) для детей, воспитывающихся в домах ребенка» [2].

Также мы выяснили, что в ряде территориальных органов не производится закладка продуктов на малолетних детей, предусмотренная для отбора и хранения контрольных суточных проб для блюд детского питания детей, находящихся в следственном изоляторе вместе с матерями, что не соответствует СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях», на основании которого регламентируется организация режима питания детей, находящихся на полном государственном обеспечении, в том числе находящихся с матерями в следственных изоляторах. Необходимость закладки продуктов с учетом контрольных суточных проб в настоящее время регламентировано приказом ФСИН России от 2 сентября 2016 г. № 696 «Порядок организации питания осужденных, подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы», тогда как ранее это не оговаривалось.

По заявлению женщин, при отсутствии денежных средств на лицевом счете, выдаются средства личной гигиены и предметы ухода за младенцем. Нормы довольствия на беременных женщин и кормящих матерей, содержащихся в следственных изоляторах и помещениях, функционирующих в режиме следственных изоляторов, закреплены приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 3 декабря 2013 года № 216 с изменениями от 19 мая 2018 года (приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 23 апреля 2018 года № 75) [4]. По данным нормам обеспечиваются также дети до трех лет, содержащиеся вместе с матерями. И если ранее в возрасте до 1 года был предусмотрен лишь один одноразовый подгузник в сутки, то в настоящее время в соответствии с последними изменениями, инициированных Уполномоченным при Президенте Российской Федерации по правам ребенка Анной Кузнецовой, дополнительно к данной норме предусмотрена выдача 4 одноразовых подгузников в сутки. Кроме того, данным нормативным актом закреплено количество нательного и постельного белья, предоставляемого ребенку: сорочки, майки, распашонки, кофточки, ползунки, трусы, теплые и летние трико, простыни, пеленки, пододеяльники, наволочки, косынки, полотенца, и одежды, и обуви: костюмы летние и теплые, фартучки, колготки, носки, свитеры, куртки и пальто, головные уборы на различное время года, туфли, ботинки и сапоги.

Как таковых ограничений по сроку беременности подозреваемых и обвиняемых женщин, находящихся в следственных изоляторах, для вывоза с целью проведения следственных мероприятий, судебных заседаний или этапирования в случае вступления в силу приговора суда, связанного с лишением свободы, нет. В ряде территориальных органов выходят из положения таким образом, что на поздних сроках беременности (свыше 6 месяцев) следственные мероприятия осуществляются только при отсутствии медицинских противопоказаний и в присутствии медицинского работника, а этапирование беременной на поздних сроках осуществляется только при благоприятной акушерской ситуации в сопровождении медицинского работника и на приспособленном для экстренного родоразрешения транспорте. Целесообразно ведомственным нормативным документом закрепить данную положительный опыт с целью предотвращения преждевременных родов и осложнений беременности на поздних сроках.

Ограничения для кормящих матерей, являющихся подозреваемыми и обвиняемыми, содержащимися в следственных изоляторах, по длительности нахождения их на допросах, следственных мероприятиях, судебных заседаниях также нигде не регламентированы и, по сути, отсутствуют. С другой стороны, женщина вправе брать с собой ребенка на эту процедуру. Ограничения по длительности следственных мероприятий для указанной категории лиц определяется индивидуально и не входит в сферу компетенции органов уголовно-исполнительной системы. Зачастую это может приводить к тому, что с обеих сторон это может использоваться в манипулятивных целях.

В отношении норм площади, применяемых при размещении подозреваемой или обвиняемой матери и ребенка в камере по типу «Мать и дитя» мы отметили значительное разнообразие ответов. Это объясняется тем, что данные нормы площади для матери и

ребенка никоим образом не регламентируются. Нормы жилой площади на одного человека в следственном изоляторе установлена Федеральным законом от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» в размере 4 м² на человека [5]. Поэтому среди территориальных органов используются действующие нормы для следственных изоляторов – 4 м², но на одного человека. В данном случае ребенок, пребывающий в камере с матерью, как субъект игнорируется, что не представляется нам верным ни с точки зрения юридической, ни с точки зрения гигиены. В других территориальных органах матери с ребенком предоставляется большая площадь. По разным регионам указывалась площадь от 12 до 38 м². Таким образом, считаем возможным и целесообразным законодательно прописать норму жилой площади на мать с ребенком не менее 8 м². В ряде следственных изоляторов в камерах, где содержатся женщины с детьми, имеются двухрусные кровати и тусклое освещение. В ряде следственных изоляторов отсутствует горячее водоснабжение и душевые, особенно расположенные в сельской местности. Часть следственных изоляторов не имеют возможности выделить отдельные камеры для размещения женщины совместно с ребенком. Это зачастую приводит к разделению матери и ребенка. Ребенка после родильного дома переводят в детские стационары для дальнейшего обследования не только по медицинским, но и социальным показаниям.

Материально-бытовое обеспечение ухода за детьми в камерах по типу «мать и дитя» фактически ничем не регламентировано. В ряде территориальных органов нам отчитались о наличии предметов ухода за новорожденным в случае совместного содержания в изоляторе матери и ребенка. Так камеры совместного содержания матери и ребенка снабжают ваннами для купания, кипятильниками или электрическим чайниками для приготовления детского питания и обеспечения горячей водой, детскими кроватками. В некоторых следственных изоляторах имеются душевые кабины, холодильники и пеленальные столики. Обязательное оснащение предметами и средствами гигиены для ухода не предусмотрено, поэтому остаются на усмотрение администрации следственного изолятора. Разумеется, что прогулочные площадки в следственных изоляторах не приспособлены для полноценных прогулок беременных и матерей с детьми первого года жизни. Хотя часть территориальных органов сообщили, что имеют коляски для прогулок с детьми.

При изучении условий содержания женщин и детей в следственных изоляторах мы отметили, что не все женщины получают пособия по беременности и родам, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Тем не менее, все социальные гарантии, установленные для граждан Российской Федерации, должны распространяться для них в полном объеме. Этот вопрос требует дополнительного контроля.

При запросе о случаях возбуждения администрацией места содержания под стражей в отношении матери ребенка и ходатайства о временной передаче его родственникам, иным лицам или в детское социальное учреждение, лишь в одном территориальном органе получен ответ о том, что действительно сталкивались с подобными случаями. В большинстве случаев это редкое явление, так как мать зачастую использует ребенка для послабления условий содержания и характера потенциального наказания. Заключение под стражу женщина, имеющая при себе ребенка, вправе в любое время передать его родственникам содержание матерей с детьми в следственных изоляторах иным лицам и по собственной инициативе. Администрация места содержания под стражей должна оказывать ей в этом необходимое содействие.

Таким образом, на данный момент условия обеспечения материнских прав женщин в следственных изоляторах ФСИН России во многом оставляют желать лучшего. Большой частью причиной множества проблем в обеспечении реализации прав этой социально уязвимой категории является непроработанная нормативно-правовая база и хроническое недофинансирование. Именно эти аспекты должны лечь в основу дальнейших законодательных и нормотворческих инициатив в сфере обеспечения материнских прав

женщин, содержащихся с детьми, а также служить основным критерием контроля со стороны надзорных органов.

Список литературы:

1. VI Конгресс ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, Каракас (Венесуэла), 25 августа – 5 сентября 1980 г., A/CONF.87/14/Rev. 1, резолюция 9.
2. Информационное письмо Минздравсоцразвития России от 10.08.2006 № 15-3/1295-04 «Рекомендуемые нормы питания (среднесуточные наборы) для детей, воспитывающихся в домах ребенка».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 640, Министерства юстиции Российской Федерации № 190 от 17 октября 2005 г. «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».
4. Приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 3 декабря 2013 года № 216 «Об утверждении норм вещевого довольствия, осужденных к лишению свободы и лиц, содержащихся в следственных изоляторах» с изменениями от 19 мая 2018 года (приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 23 апреля 2018 года № 75).
5. Федеральный закон Российской Федерации от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».
6. Федеральный закон Российской Федерации от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Василько Алексей Васильевич

*Старший преподаватель кафедры гражданско-правовых дисциплин
Всероссийского государственного университета юстиции
(РПА Минюста России), Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

SOME ACTUAL PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF TELEMEDICAL SERVICES

Vasil'ko Aleksey Vasil'evich

*Senior Lecturer of the Department of Civil Law Disciplines of the all-Russian state
University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Раскрывается вопрос правового регулирования оказания телемедицинской деятельности. История развития правовых актов о телемедицинской деятельности. Некоторые проблемные аспекты, существующие в обществе, связанные с оказанием услуг посредством телемедицинской деятельности. Предлагаются способы устранения выявленных проблем.

Ключевые слова: телемедицина, телемедицинская деятельность, вида медицинской деятельности, правовое регулирование, программное обеспечение, защита прав потребителей.

ABSTRACT

Discloses the issue of legal regulation of the provision of telemedicine activities. The history of the development of legal acts on telemedicine activities. Some problematic aspects that exist in society related to the provision of services through telemedicine activities. Suggested ways to eliminate the problems identified.

Keywords: telemedicine, telemedicine activity, type of medical activity, legal regulation, software, consumer rights protection.

Во врачебную практику все плотнее входит понятие «телемедицина», когда врачи консультируют онлайн, посредством специальных приложений.

О необходимости введения такого нового вида медицинской деятельности, как телемедицина Россияне узнали из Приказа Минздрава Российской Федерации № 344, РАМН N 76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации». В данной концепции указывалось: «Телемедицина, несомненно, может оказать значительное воздействие на систему лечебно-профилактической помощи населению, на управление системой здравоохранения и повышение эффективности функционирования в чрезвычайных ситуациях, на развитие науки, на внедрение новых медицинских технологий, на подготовку и усовершенствование кадров» [1].

Дальнейшее развитие данный вопрос получил в Распоряжении Правительства Российской Федерации от 04.02.2009 № 132-р «О Концепции устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации». Настоящим Распоряжением предусматривалось «создание сети консультационных центров телемедицины на базе районных и областных больниц и сети удаленных пунктов телемедицины для получения первичной информации о состоянии здоровья пациентов» [2].

На необходимость введения телемедицины указал Президент Российской Федерации В.В. Путин в своем послании Федеральному собранию. В частности, по данному вопросу им было сказано следующее: «С помощью передовых телекоммуникаций мы откроем нашим гражданам все возможности цифрового мира. И это не только современные сервисы, онлайн-образование, телемедицина, что само по себе крайне важно, мы с вами это понимаем» [3].

В настоящее время законодатель проводит широкомасштабную работу по урегулированию относительно нового метода оказания медицинских услуг под названием «Телемедицина». Основным правовым актом в данной сфере выступает Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4].

В указанном правовом акте телемедицине посвящена статья 36.2. Данная норма устанавливает особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий. Впервые она была введена в действие Федеральным законом от 29.07.2017 № 242-ФЗ. В частности, в данной статье указывается следующее:

1. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи. Данный пункт действует в редакции Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ.

2. Консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

1) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

3. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

4. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации). Дистанционное наблюдение осуществляется на основании данных о пациенте, зарегистрированных с применением медицинских изделий, предназначенных для мониторинга состояния организма человека, и (или) на основании данных, внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения или государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, или медицинскую информационную систему, или информационные системы, указанные в части 5 статьи 91 настоящего Федерального закона.

5. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и с соблюдением врачебной тайны.

6. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации.

7. Документирование информации об оказании медицинской помощи пациенту с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в его медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника [5].

Кроме указанного выше Федерального закона в систему правового регулирования телемедицины входят различные подзаконные акты.

Так, в частности, в Письме Минздрава России от 09.04.2018 N 18-2/0579 указывается: «Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий не является отдельным видом медицинской деятельности, и телемедицинские технологии используются как технологическая составляющая при выполнении работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» [6].

Принятие изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» потребовало установления порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, который был введен в действие Приказом Минздрава России от 30.11.2017 N 965н [7].

Данным приказом Минздрава России определяются следующие основные направления применения телемедицинских технологий:

1. Телемедицинская консультация/теленаставничество (связь организуется по схеме «точка – точка», что обеспечивает обсуждение больного лечащим врачом с консультантом/методическую помощь специалиста или преподавателя врачу или студенту).

2. Телемониторинг (телеметрия) функциональных показателей (связь организуется по схеме «много точек – точка», когда данные многих пациентов передаются в консультативный центр).

3. Телемедицинская лекция/семинар (связь организуется по схеме «точка - много точек», при которой лектор (преподаватель) может обращаться ко всем участникам одновременно, а они, в свою очередь, могут обращаться к лектору при отсутствии возможности общаться друг с другом).

4. Телемедицинское совещание/консилиум/симпозиум (связь организуется по схеме «многоточки» (сети), в результате чего все участники могут общаться друг с другом).

Эти направления обеспечивают, соответственно, реализацию:

- консультаций в ходе лечебно-диагностического процесса/эвакуационных мероприятий или обучения;
- контроля жизненно важных функций организма;
- образовательных (в том числе популярных) лекций и семинаров, дистанционного тестирования/экзаменов;
- обмена мнениями (отчета) при дистанционном проведении коллегий (совещаний, советов), медицинских консилиумов, научных заседаний.

В зависимости от участников и используемых средств различаются следующие варианты телемедицинских консультаций:

1. Врачебная телемедицинская консультация (специалист консультирует врача с больным/врача без больного).
2. Телемедицинское функциональное/лабораторное обследование (передача объективных данных о больном с медицинской аппаратуры).
3. Советы спасателям (врач-специалист консультирует сотрудников мобильных спасательных отрядов).
4. Советы населению (предоставление жителям возможности советоваться с врачом).

Развитие телемедицинских технологий основано на передовых информационных и телекоммуникационных технологиях.

Телемедицинские технологии должны функционировать в рамках действующего законодательства Российской Федерации и нормативных правовых актов в области охраны здоровья населения, медицинского образования, информатики и связи.

Функционирование телемедицинских систем осуществляется в рамках действующего законодательства Российской Федерации (в том числе, законодательства об охране здоровья, об информации, информатизации и защите информации, о связи) при обязательном наличии у телемедицинского центра (ТМЦ) сертификата (лицензии) Минздрава России.

Телемедицина, несомненно, может оказать значительное воздействие на систему лечебно-профилактической помощи населению, на управление системой здравоохранения и повышение эффективности функционирования в чрезвычайных ситуациях, на развитие науки, на внедрение новых медицинских технологий, на подготовку и усовершенствование кадров [8].

Система здравоохранения будет функционировать в рамках единого цифрового контура на основе единой государственной информационной системы в здравоохранении (ЕГИСЗ), который даст возможность для сбора, хранения, обработки и анализа больших массивов информации.

Широкое развитие получают дистанционные технологии общения врача и пациента, будут внедрены индивидуальные электронные системы, отслеживающие основные параметры здоровья пациента [9].

На сегодняшний день многие возможности телемедицины еще тестируются, а отдельные компании создают свои приложения. Например, приложение «SmartMed», созданное компанией «МТС» и сетью клиник «МЕДСИ», работает уже сейчас. Данное приложение можно скачать в магазине приложений и установить на смартфон. Скачав приложение, человек может получать консультацию врачей сети клиник «МЕДСИ». Онлайн-прием ведут неврологи, кардиологи, педиатры, терапевты, дерматологи и другие специалисты. При этом не важно, где вы находитесь - дома или за границей, для того чтобы связаться с врачами, нужен лишь доступ в интернет.

Компания «Росгосстрах» также разрабатывает свою программу для оказания телемедицинских услуг: клиент страховой компании, заключив договор страхования (в данном случае не уточняем какой), получает доступ к телемедицинским услугам. Страховщик указывает на то, что клиент страховой компании закрепляется за одной или несколькими лечебными организациями Москвы и Санкт-Петербурга и вправе в любое

время обратиться в данные клиники с любым интересующим его вопросом. Настоящее предложение о заключении договора поступило автору данной статьи в марте 2019 г.

В данном случае возникает вопрос об общедоступности телемедицинских услуг и навязывании дополнительных услуг. Так, допустим, автор статьи не является пользователем услуг компании «МТС» и не имеет возможности установить соответствующее приложение на свой смартфон, а заключение договора страхования представляется ему дополнительным навязыванием услуг, в которых он не имеет заинтересованности.

Таким образом, можно констатировать то, что современная правовая база, регулирующая телемедицинские услуги, должна продолжать совершенствоваться, а вместе с ней необходимо предусмотреть изменение и тех правовых актов, которые в той или иной мере вовлекаются в сферу данных правовых отношений. В частности, на наш взгляд, кроме указанных выше направлений, является необходимым внесение соответствующих дополнений в ФЗ «О защите персональных данных» и ФЗ «О защите прав потребителей».

В том числе, представляется необходимым создание единой программы, с помощью которой каждый гражданин мог бы обратиться за соответствующей медицинской помощью, в которой фиксировались бы все соответствующие обращения и ответы на них. Благодаря данной информации лица, оказавшие некачественную услугу, в результате которой наступил вред жизни или здоровью пациента, могли бы быть привлечены к ответственности.

Список литературы:

1. Приказ Минздрава Российской Федерации № 344, РАМН N 76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации» // «Экономика и жизнь». № 41. 2001.

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 04.02.2009 N 132-р «О Концепции устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 16.02.2009. N 7. ст. 876.

3. Послание Президента Российской Федерации Ф Федеральному Собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию» // Российская газета. N 46. 02.03.2018.

4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019) // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011. N 48. Ст. 6724.

5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019) // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011. N 48. Ст. 6724.

6. Письмо Минздрава России от 09.04.2018 № 18-2/0579 «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» // Доступ из справочной поисковой системы «Консультант Плюс».

7. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2018 № 49577) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 10.01.2018.

8. Приказ Минздрава Российской Федерации № 344, РАМН № 76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации» // Экономика и жизнь. № 41. 2001.

9. Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2036 года (разработан Минэкономразвития России) // Доступ из справочной поисковой системы «Консультант Плюс».

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ КОНЦЕПЦИИ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Войтович Валерий Юрьевич
доктор юридических наук, профессор кафедры
государственного и муниципального управления ФГБОУ ВО «Удмуртский
государственный университет»,
г. Ижевск

THEORETICAL-LEGAL ANALYSIS OF THE CONCEPT OF SECURITY OF MEDICAL WORKERS

Voytovich Valery Yuryevich
Doctor of legal Sciences, Professor of the GIM of the
"Udmurt state University", Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье раскрываются взгляды ученых, практиков на проблему, связанную с обеспечением безопасности медицинских работников при осуществлении служебной деятельности. Проанализированы их предложения и выводы, стремление определить пути выхода из сложившейся ситуации. Показан анализ основных Федеральных законов, принятых в сфере здравоохранения. Раскрыты предложения о необходимости объединения нормативных правовых актов в сфере здравоохранения в единый законодательный комплекс. Рассматривается многоликость различных предложений совершенствования правовой основы, с учетом защиты медицинских работников, что порождает необходимость системного подхода, связанного с элементами общественного устройства, в целях эффективной реализации рассматриваемой проблемы.

Ключевые слова: безопасность медицинских работников, Российская Федерация, здравоохранение, рыночная экономика, законодательство, здоровье, жизнь.

ABSTRACT

The article reveals the views of scientists and practitioners on the problem related to the safety of medical workers in the implementation of official activities. Analyzed their proposals and conclusions, the desire to determine ways out of this situation. The analysis of the main Federal laws adopted in the field of health care is shown. The proposals on the need to combine regulatory legal acts in the field of health care into a single legislative complex are disclosed. The author considers the diversity of different proposals to improve the legal framework, taking into account the protection of health workers, which creates the need for a systematic approach associated with the elements of social order, in order to effectively implement the problem.

Keywords: safety of medical workers; Russian Federation; health care; market economy; legislation; health; life.

Исследуя научные статьи, освещающие безопасность медицинских работников Российской Федерации, приходишь к выводу о стереотипности подхода к данной проблеме авторов. Это связано, во-первых, с изложением проблемы с опорой на современный этап развития здравоохранения, которого в предшествующие годы очевидно не существовало. Во-вторых, ни один автор, не указал, чем обусловлена безопасность медицинских работников, с учетом элементов общественных отношений, в рыночной экономике России. При этом, чтобы обеспечить безопасность медицинских работников, предлагается в одностороннем порядке совершенствовать законодательство в сфере их деятельности.

Основанием этого утверждения является анализ практики, которая свидетельствует о том, что во многих случаях такие инциденты ведут к причинению пострадавшим медицинским работникам вреда различной степени тяжести, в том числе опасного для жизни или влекущего полную утрату профессиональной трудоспособности. Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации свидетельствуют о серьезности рассматриваемого явления. Так, только с 2010 по 2016 годы на медработников было совершено около 1226 нападений при исполнении ими своих служебных обязанностей[7].

Учитывая сложность сложившихся отношений и их недостаточность урегулирования соответствующими правовыми нормами, руководствуясь ст. 104 Конституции Российской Федерации, в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации был внесен ряд законопроектов, направленных на повышение уровня безопасности медицинских работников, по профилю выездных бригад скорой медицинской помощи.

Предлагались следующие варианты решения проблемы: в рамках Уголовного кодекса российской Федерации выделить отдельные составы преступлений, предусматривающие ответственность за применение насилия в отношении медицинских работников; другой вариант – включить сотрудников бригад скорой помощи в число представителей государственной власти. Однако ни один из предложенных законопроектов не получил статуса федерального закона. В Государственной Думе данный факт был мотивирован тем, что уже предусмотрена повышенная уголовная ответственность за посягательство на жизнь и здоровье медицинских работников в связи с осуществлением ими служебной деятельности, т.е. рассматриваемые деяния охватываются действующими нормами уголовного законодательства, в связи с чем выделение отдельных составов преступлений в рамках Уголовного кодекса является излишним.

Предложение о включении медицинских работников в число представителей государственной власти, на основании Федерального закона № 79 от 27 июля 2004 г. «О государственной гражданской службе в Российской Федерации», депутатами Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации было отклонено. Так как медицинский работник не является государственным служащим, его статус определен медицинской деятельностью по обслуживанию гражданского населения. Данное мнение подтвердили и на экспертном уровне представители Академии управления МВД Российской Федерации, однако обоснование с их стороны, почему-то исключило правовую основу, связанную с понятием и статусом государственного гражданского служащего.

Проблема совершенствования законодательства в сфере обеспечения безопасности медицинских работников, отмечает С.Ю. Мелихов, заключается не в отсутствии объективной необходимости дополнительного правового регулирования, а слабой юридической проработке вносимых законопроектов по этой проблеме[4]. Из этого следует, что внесение изменений в Уголовный кодекс объективно необходимо, но в более проработанном варианте, чем предлагается научными и практическими работниками. При этом, указанный автор, предлагает, во-первых, вносить поправки в Уголовный кодекс, но с учетом персонафицированности категорий медицинских работников, нападение на которых является особо опасным и должно караться уголовным законом (например, в отношении сотрудников выездной бригады скорой помощи, участковых врачей и др.). Во-вторых, дает разъяснение о том, что законопроект должен содержать полную и всестороннюю информацию. При этом в обязательном плане должны быть указаны статистика по нападениям на медицинских работников[5].

К сожалению, автор в своих предложениях не учитывает теоретическое обоснование юридической техники, знание и применение которой свидетельствует о правовой культуре законодателя[1].

Осознавая проблему посягательств на здоровье и жизнь медицинских работников при осуществлении ими функциональной деятельности, авторы однозначно указывают, что наличие в Уголовном кодексе положений для привлечения нарушителей закона к

ответственности, еще не является гарантией их безопасности. Поэтому важным шагом на пути обеспечения безопасности медицинских работников является создание условий для неотвратимости наказания. На этом основании, предлагается разработать правовую основу, связанную с мерой по изменению подследственности отдельных категорий преступлений в отношении медицинских работников, в целях повышения эффективности их расследования и создания на этой основе превентивного опыта. Так, при причинении пострадавшему вреда, опасного для жизни или полной утраты профессиональной трудоспособности, то такие деяния необходимо относить к числу тяжких преступлений с возможностью применения наказания в виде лишения свободы на срок до десяти лет. Отсюда указывается, что расследование преступлений подобной квалификации осуществляется следователями Следственного комитета Российской Федерации (например, преступления, предусмотренные статьями 126 частью второй, 131 частью второй, 132 частью второй Уголовного кодекса Российской Федерации). В практической же реальности, рассматриваемый вид преступления (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в отношении лица, который осуществляет служебную деятельность, в том числе и медицинского работника), отнесен к подследственности следователей органов внутренних дел Российской Федерации. На основе этого дается предложение передачи полномочий по расследованию преступлений, предусмотренных п. «а» части 2 ст. 111 Уголовного кодекса Российской Федерации, следователям Следственного комитета Российской Федерации, что представляется эффективным шагом обеспечения безопасности медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. Главное, это позволит установить дополнительные гарантии и в отношении иных сотрудников, функциональная деятельность которых имеет определенный риск причинения вреда здоровью.

Рассматривая различные предложения, авторы приходят к выводу о том, что проблемы обеспечения безопасности медицинских работников при осуществлении функциональной деятельности далека от разрешения. Так как этому препятствует, во-первых, наличие ряда концептуальных проблем, связанных с отсутствием (в том числе на законодательном уровне) достаточного понимания природы возникновения конфликтных ситуаций. Во-вторых, проводится недостаточная работа по обеспечению условий для соблюдения принципа неотвратимости наказания в отношении правонарушителей.

В связи с этим предлагается комплексный подход связанный: а) с определением правового статуса медицинского работника в отношениях с пациентом; б) регламентации процессуальных действий по расследованию преступлений, связанных с причинением вреда медицинским работникам.

В некоторых исследованиях авторы, рассматривая проблему судебной защиты прав и законных интересов медицинских работников, положительно отмечают сложившуюся судебную систему Российской Федерации, при этом ссылаясь на соответствующие статьи Конституции Российской Федерации, Федеральных конституционных законов и других правовых актов. Однако выражают и недостатки, которые в целях защиты медицинских работников необходимо устранить, это:

- сложность и длительность процедуры судебного разбирательства по отдельным категориям преступлений;
- необходимость производства судебно-медицинских и иных экспертиз;
- оказание правовой помощи по рассматриваемому делу, что требует дополнительные финансовые вложения;
- гласность судебного разбирательства, не всегда должна быть достоянием общественности, так как в этом иногда не заинтересованы различные медицинские организации, их работники и т.п.

В целях защиты своих прав, медицинским работникам рекомендуется обращаться в Конституционный Суд, статус которого определен Конституцией Российской Федерации и Федеральным конституционным законом от 21 июля 1994 г. №1-ФКЗ «О Конституционном Суде Российской Федерации». Правомерность данного предложения

определяется тем, что в соответствии ст. 125 Конституции Российской Федерации правовые акты, признанные Конституционным Судом Российской Федерации, противоречащими конституционным нормам, теряют юридическую силу. Принятое решение Конституционным Судом Российской Федерации, является окончательным, не подлежит обжалованию, вступает в юридическую силу немедленно и подлежит исполнению.

В исследованиях, посвященных социальной и правовой защите медицинских работников отмечается, что медицинские работники различных направлений профессиональной деятельности имеют право:

- на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

- работу по трудовому договору, в том числе и за рубежом;

- защиту своей профессиональной чести, в том числе в судебном порядке;

- получение квалифицированных категорий в соответствии уровня теоретической и практической подготовки (Приказ Минздрава России от 28.02. 96 г., № 71);

- совершенствование профессиональных знаний с учетом профильности медицинских работников и т.д.

При этом рассматривается обязательное страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью граждан, не связанные с небрежным или халатным выполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Приводится пример, что 55 процентов врачей США работают по контракту со страховыми организациями. К сожалению, это право медицинского работника в России не реализуется.

Предлагается принять специальный закон о статусе врача, который включал бы и гарантию социальной защиты. Мотивируя это тем, что ни медработник, ни лечебное учреждение не в состоянии возместить в полном объеме требуемый ущерб, а страхование медицинской ошибки позволит включить к этим расходам страховой фонд (в России эта форма не внедрена в практику). Также, не всегда, реализуется право медработника связанное с обеспечением транспорта по оказанию медицинской помощи гражданам, отсюда с их стороны возникают жалобы и обращение в выше стоящие органы и судебные инстанции.

Отмечается, что декларируются права медицинских работников во многих социальных сферах их жизнедеятельности, особенно работающих в сельской местности. Отдельные граждане должны обеспечиваться лекарствами, медицинскими препаратами на льготных условиях, их перечень определен в Федеральных законах №5-ФЗ «О ветеранах» (в ред. от 02.01.00, с изм. от 30.12.01) , №181-ФЗ от 24.11.95(О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. от 19.12.01, постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.94 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения, учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (с изм. от 14.02.02). Однако, на местах, список лекарственных средств и изделий подвергается определенной корректировке органами управления субъектов Российской Федерации, мотивируя это тем, что нет реальных финансовых возможностей. Все это порождает недовольство граждан России и обращение их в различные правовые инстанции, что ложится опять же на плечи медицинских работников.

Актуальным проблемам правового регулирования осуществления государственного контроля в сфере здравоохранения посвящена статья А.В. Коситова [3], в которой он рассматривает систему определенных нормативно-правовых актов в рамках отечественного, так и международного законодательства. Раскрывая основной правовой акт от 21.11.2011, № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», он отмечает основные направления государственного контроля: контроль качества и безопасности медицинской деятельности; госконтроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств; государственный контроль за обращением медицинских изделий; федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При этом указывая на то, что

данную деятельность законодательно возложено исполнять Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), которая находится в ведении Минздрава Российской Федерации. Поэтому на Министерство и возложены правотворческие функции, а Служба должна реализовывать контрольно-надзорные функции, в то же время она может вносить свои предложения по совершенствованию законодательства направленного на формирование эффективной системы государственного контроля в сфере здравоохранения. Также определены проблемы правового регулирования государственного контроля в сфере здравоохранения: вопросы соотношения лицензионного контроля; государственного контроля качества здравоохранения; государственного надзора в сфере здравоохранения. В особый блок рассматриваемых проблем, выделяется осуществление контроля за частной системой здравоохранения, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Анализ действующих нормативно-правовых актов, закрепляющих основные требования к юридическим и индивидуальным предпринимателям медицинской фармацевтической деятельности показывает, что правовой контроль (надзор) за соблюдением медицинских требований является доступным и объективным без признаков коррупциогенности. Однако действующие нормативные акты по контролю за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, требуют дальнейшей доработки. Это и отражает обзор основных Федеральных законов, принятых в сфере здравоохранения. Поэтому в настоящее время возникает необходимость объединения нормативно-правовых актов, принятых по вопросам охраны здоровья граждан в единый законодательный комплекс. В связи с этим встает необходимость, что подтверждается другими учеными и практиками, создания «Кодекса о здравоохранении» с включением в него раздела, регламентирующего порядок осуществления государственного контроля в сфере здравоохранения.

Коллизиям законодательства Российской Федерации в сфере оказания медико-эстетических услуг на примере г. Красноярска, посвящается статья И.В. Гецмановой «Проблемы правового регулирования медицинских услуг» [2]. В указанном исследовании, дается подробный анализ, правовым нормам Гражданского кодекса Российской Федерации. Раскрывается судебная практика качества оказываемой медицинской услуги, т.к. она представляет важнейшую характеристику предмета договора возмездного оказания услуг. Дается анализ судебной практики с выводами о том, что основным критерием для медицинских услуг является безопасность. В связи с этим исполнитель обязан (императивность – В.В.) оказывать услугу, качество которой соответствует договору; при отсутствии в договоре условий о качестве услуги исполнитель должен оказывать ее в соответствии с обычно предъявляемыми требованиями и пригодной для целей, для которых услуга такого рода обычно используется. И если законодательством предусмотрены обязательные требования к услуге, исполнитель обязан оказать ее в соответствии требований правовых норм.

В настоящее время, отмечает автор, наибольшую остроту приобретают конфликты в сфере эстетической хирургии, связанные с негативными последствиями в виде вреда здоровья пациента. При этом их наступление не всегда может быть связано с непрофессиональными действиями хирургов. Ссылаясь на ст. 16 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» И.В. Гецманова подчеркивает, что, если в результате исполнения договора, ущемляющего права потребителя, у него возникли убытки, они подлежат возмещению изготовителем (исполнителем, продавцом) в полном объеме. На этой основе ей даются следующие предложения: данный вопрос необходимо дополнительно регламентировать на законодательном уровне; тщательно проработать содержание условий правомерного причинения вреда; вопросы ответственности и защиты медицинских работников за вред, причиненный в результате осуществления эстетической медицинской практики. При этом обращает внимание на то, что в условиях низкой договорной дисциплины в стране, крайне важным представляется разработать нормы о заранее оцененных (или согласованных) убытках, критериев допустимости того или иного варианта

использования договорной свободы при формировании договорных связей, что существенно облегчит процедуру привлечения к ответственности нарушителей договорных обязательств.

Рассматривая различные концепции, связанные с правовой защитой медицинских работников, необходимо отметить их своевременность и правовую значимость в современных общественных отношениях. В то же время отмечая противоречия отдельных взглядов, на рассматриваемую проблему, необходимо учитывать множественность функций, которые выполняются медицинскими работниками, а также востребованности поддержания здоровья граждан России в экономически непростое время. Многоликость различных предложений совершенствования правовой основы, с учетом правовой защиты медицинских работников, должна учитывать всю многогранность элементов общественных отношений: политических, экономических, социальных, правовых, организационных и др., и только с учетом системного подхода можно реально на практике реализовать поставленную перед правовым сообществом цель.

Список литературы:

1. Войтович В.Ю. Теория права и государства: Учебное пособие. Ижевск, Удмуртия, 2014. С. 74.
2. Гецманова И.В. Проблемы правового регулирования медицинских услуг. – Красноярск: Изд-во «Красноярский медицинский университет», 2013. С. 7-8.
3. Коситов А.В. Актуальные проблемы правового регулирования осуществления государственного контроля в сфере здравоохранения в Российской Федерации и перспективы их преодоления // Молодой ученый. – 2018. №5. С. 131-133.
4. Мелехов С.Ю. Быть ли статье Уголовного кодекса Российской Федерации о нападении на медицинских работников? // Медицинское право. 2016. №3. С. 18.
5. Мелехов С.Ю. Указ. соч. С. 21.
6. Сергеев Ю.Д., Кузьмин С.Б. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника – актуальная проблема // Медицинское право. 2014. №4. С. 3-7.
7. Тюрина Т.В., Жуков Т.А., Латашенко М.Д., Волков И.В. Организационно-правовые аспекты проблемы обеспечения безопасности медицинских работников при осуществлении служебной деятельности. медицинское право: теория и практика, №1 (5). С.91.
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля».
10. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 (ред. от 15.04. 2013) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») «(вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением) указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»//Собрание законодательства Российской Федерации. – 23.04.2012. - №17. – Ст. 1965.
11. Постановление правительства Российской Федерации № 1006 от 04.10.2012 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. - № 41. – Ст.5628.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Вострокнутов Михаил Евгеньевич

старший научный сотрудник

ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний»

г. Москва

REGULATORY ASPECTS HAVING AN IMPACT ON THE RATE OF EFFICIENCY FROM INFECTIOUS PATHOLOGY IN PENITENTIARY INSTITUTIONS

Vostroknutov Mikhail Evgenyevich

Senior Researcher

FKU "Research Institute of the Federal Penitentiary Service", Moscow

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается проблема летальности от инфекционных заболеваний среди лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях и аспекты её нормативно-правового регулирования. Проведённый анализ ведомственных годовых отчётных статистических форм за 2005-2017 гг. отражает рост распространённости ВИЧ-инфекции, который является основным негативным фактором, влияющим на эпидемиологическую обстановку и увеличивающий показатель смертности среди лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях. Анализ литературных источников показывает значимую роль работы специальной медицинской комиссии, а также снижение сроков рассмотрения судами вопросов об освобождении по состоянию здоровья из мест лишения свободы, либо изменения меры пресечения на снижение показателей летальности в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Ключевые слова: уголовно-исполнительная система, инфекционные заболевания, летальность.

ABSTRACT

The article deals with the problem of mortality from infectious diseases among persons held in penitentiary institutions and aspects of its regulatory and legal framework. The analysis of departmental annual reporting statistical forms for the years 2005-2017 reflects the growing prevalence of HIV infection, which is the main negative factor affecting the epidemiological situation and increasing mortality rates among people held in penitentiary institutions. Analysis of literary sources shows the significant role of the work of the special medical commission, as well as reducing the time for the courts to consider issues of release for health reasons from places of detention, or change the preventive measure to reduce mortality rates in the penitentiary system.

Keywords: penitentiary system, infectious diseases, mortality.

За последние годы пенитенциарным здравоохранением достигнуты значимые успехи, что выражается в снижении основных эпидемиологических показателей как по соматическим, так и инфекционным нозологиям, а также в увеличении доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, современных методов диагностики. При этом по-прежнему сохраняются свои особенности и различия от государственной системы здравоохранения. Категория лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, отличается особой уязвимостью в отношении социально-значимых инфекционных заболеваний, что обусловлено значительной долей представителей маргинальных слоев населения, злоупотреблением среди них курением и алкоголем, широким распространением наркомании, низким уровнем медицинской активности [1]. Так в

настоящее время инфекционная патология занимает лидирующую строку в структуре летальности среди всех причин среди осуждённых и лиц, содержащихся под стражей. Увеличение летальности от инфекционных заболеваний обусловлено широкой распространённостью прежде всего ВИЧ-инфекции среди подозреваемых, обвиняемых и осуждённых.

Проведенный анализ годовых ведомственных статистических форм отчётности № 1-мед, ФСИН-6 за период с 2005 по 2017 годы с использованием аналитического и статистического методов анализа данных, позволяет сделать выводы о тенденциях в эпидемической ситуации по инфекционным заболеваниям в пенитенциарных учреждениях. Отдельно стоит отметить успехи в работе по противодействию распространению туберкулёза, выражающиеся в снижении показателя смертности от туберкулёза за исследуемый период на 91,46% (рис.1). При этом значения показателя смертности от туберкулёза стали сопоставимы с общероссийскими значениями (в 2017 г. 11,5 на 100 тыс. населения в учреждениях УИС, аналогичный общероссийский показатель составил 6,4 на 100 тыс. населения). Выявлена заметная связь с линией тренда, представленной на рисунках 1 ($R^2 = 0,67$), что прогнозирует дальнейшее снижение показателя.

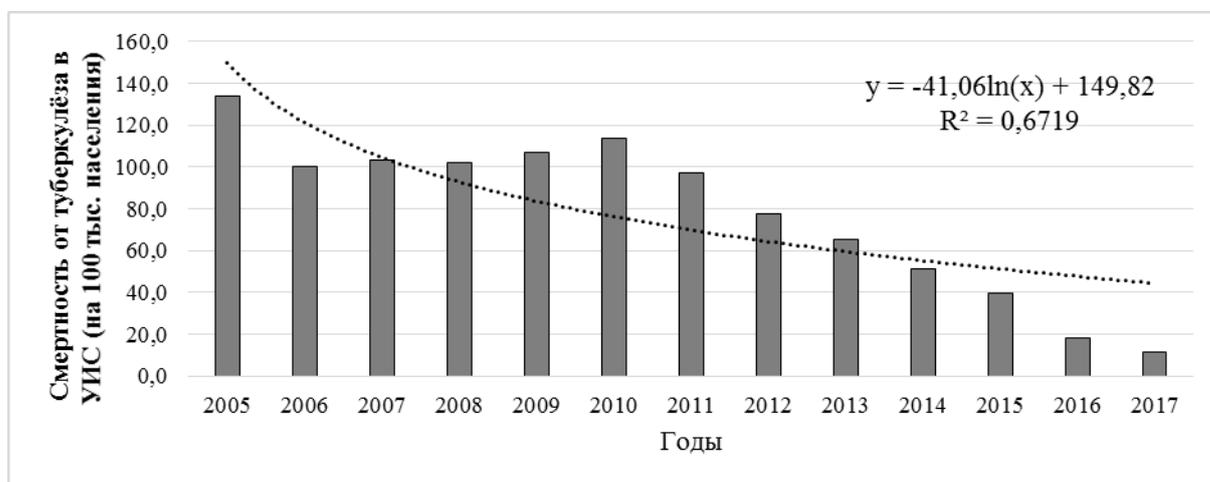


Рисунок 1. - Динамика показателя смертности от туберкулёза среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС с 2005 по 2017 годы.

Однако, несмотря на внушительное улучшение эпидемической обстановки по туберкулёзу в пенитенциарных учреждениях, ежегодно возрастает значимость проблемы ВИЧ-ассоциированного туберкулёза, обусловленного широким распространением ВИЧ-инфекции, на долю которого приходится весомая доля случаев неблагоприятных исходов патологии.

Так на конец 2017 г. число больных ВИЧ-инфекцией, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС), составило 63714 человек. Показатель распространённости (поражённости) ВИЧ-инфекцией в 2017 году - 10423,3 на 100 тыс. чел. За исследуемый период с 2005 по 2017 годы показатель вырос в 2,8 раза. Поражённость ВИЧ-инфекцией среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС в 2017 году в 24 раза выше, чем среди населения страны. Так же определяется высокая связь с линией тренда ($R^2 = 0,8483$), что отражает прогнозируемое ухудшение эпидемиологической ситуации, обусловленной ростом распространённости ВИЧ-инфекции (рис.2).

Наиболее неблагоприятная обстановка среди регионов Российской Федерации в учреждениях ФСИН отмечается в Самарской области (31456,5 на 100 тыс. населения в 2017 г и 33405,0 на 100 тыс. населения в 2016 году), Кемеровской области (24 890,3 на 100 тыс. населения в 2017 г. и 26168,2 на 100 тыс. населения в 2016 году), в Ханты-Мансийском автономном округе (23745,2 на 100 тыс. населения в 2017 году и 25273,5 на 100 тыс. населения в 2016 году) Санкт-Петербурге и Ленинградской области (22031,9 на 100 тыс.

населения в 2017 г. и 21744,8 на 100 тыс. населения в 2016 г.). Для сравнения, в учреждениях УИС Удмуртской Республики показатель поражённости ВИЧ-инфекцией составил 7195,7 на 100 тыс. населения в 2017 г. и 12765,1 на 100 тыс. населения в 2016 г [2].

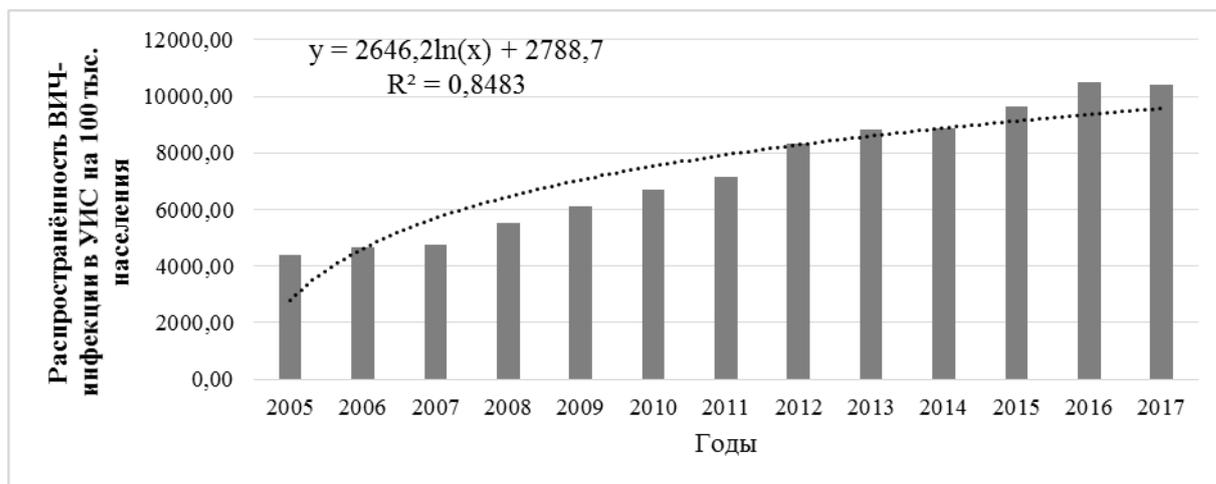


Рисунок 2. - Динамика поражённости ВИЧ-инфекций среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС с 2005 по 2017 годы.

Значимость проблемы ВИЧ-инфекции среди подозреваемых, подследственных и осуждённых так же определяет высокий уровень смертности – 150,2 на 100 тыс. населения в 2017 году. При этом ВИЧ-инфекция становится не только ведущей причиной летальных исходов от инфекционных заболеваний, но и ведущей причиной смертности среди всех причин в пенитенциарных учреждениях (29,9% в 2017 году), превышая в том числе долю умерших от сердечно-сосудистых патологий (22,2% в 2017 г.). Таким образом, одновременно со снижением смертности от туберкулёза растёт число случаев больных туберкулёзом, умерших от ВИЧ-инфекции. Однако, по данным Центра мониторинга туберкулёза, если пациент с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом умирал от туберкулеза, при этом даже если не наблюдалось иммунодефицита (число CD4 клеток выше 200 и даже 350 в 1 мл крови), а также в случаях, когда концентрация вируса в крови была ниже определяемого уровня, клинический случай регистрировался как умерший по причине ВИЧ-инфекции [3]. Таким образом, эпидемиологический показатель смертность от туберкулёза является заниженным.

Для филиалов «Туберкулёзная больница» медико-санитарных частей ФСИН России проблема коинфекции ТБ/ВИЧ крайне актуальна. В специализированных противотуберкулёзных ЛПУ в структуре летальности, вплоть до прекращения, снижается доля случаев соматической патологии: сердечно-сосудистой, травм, аутоагрессий, заболеваний ЖКТ. Смертность вызвана именно инфекционной патологией, доля случаев в которой коинфекции ТБ/ВИЧ является подавляющим большинством. Кроме того, снижается доля остро прогрессирующих и запущенных хронических форм туберкулёза у лиц, у лиц, без ВИЧ-инфекции [4].

Среди лиц, отбывающих наказание в МЛС, кроме склонности к симуляции и аггравации существующих симптомов патологии, существует фактор стремления к утяжелению имеющихся заболеваний с помощью целенаправленной низкой приверженности к лечению для извлечения материальных выгод и ослаблений режима условий отбываний наказания.

В пенитенциарных учреждениях присутствует инструмент борьбы с летальностью, определённый перечнем заболеваний, препятствующих отбыванию наказания или содержанию под стражей, утверждённый ПП России от 06.02.2004 г. № 54 «О медицинском освидетельствовании осуждённых, представляемых к освобождению от отбывания наказания

в связи с болезнью» и ПП России №3 от 14.01.2011 г. «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления» [5,6]. Освидетельствование лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях на предмет наличия тяжёлых заболеваний, дальнейшее прогрессирование которых приведёт к летальному исходу в короткие сроки, осуществляется специальной медицинской комиссией.

Необходимо отметить, что интенсификация работы специальной медицинской комиссии с одной стороны приводит к снижению летальности в учреждениях УИС, с другой стороны – увеличению смертности и инфекционной нагрузки в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения. Успех мероприятий по освобождению пациента с коинфекцией ТБ/ВИЧ из пенитенциарных учреждений во многом зависит от своевременности выявления и определения тяжести состояния, так как лишь половина осуждённых, из числа освидетельствованных специальной медицинской комиссией с положительным решением, покидает пенитенциарные учреждения. Распространены случаи летального исхода в связи с терминальной стадией заболевания, которые не доживают до решения суда или умирают в течении 10 рабочих дней, определённых законодательством для обжалования судебного решения, несмотря на ежегодное сокращение сроков рассмотрения данных случаев в суде [4]. В связи с этим, своевременный прогноз неблагоприятного исхода коинфекции ТБ/ВИЧ составляет одно из направлений профилактики госпитальной летальности в медицинских учреждениях УИС.

Кроме того, значимым аспектом является взаимодействие медицинской службы пенитенциарных учреждений и государственной системы здравоохранения. После освобождения из мест лишения свободы четверть пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ становится недоступными контролю медицинских организаций, что отрицательно влияет на оценку результатов лечения и эпидемическую обстановку в стране в целом. Одним из способов решения проблемы является дальнейшее внедрение и применение регистров: ФРБТ и ФРВИЧ, отражающих необходимую информацию для медицинских служб при этапировании и переводе пациентов как внутри пенитенциарной системы, так и при убытии в медицинские учреждения государственной системы здравоохранения [7].

Эпидемическая обстановка по инфекционным заболеваниям в настоящее время в учреждениях УИС остаётся напряжённой. Несмотря на внушительное улучшение эпидемической ситуации по туберкулёзу, возрастает значимость проблемы ВИЧ-ассоциированного туберкулёза, являющегося частой причиной летальных исходов, что во многом является отражением увеличения поражённости ВИЧ-инфекцией. Действенным инструментом для борьбы с инфекционной летальностью в учреждениях УИС является работа специальной медицинской комиссии. При этом важным аспектом является краткосрочность рассмотрения вопросов в суде об освобождении пациента из мест лишения свободы по состоянию здоровья либо изменение меры пресечения.

Список литературы:

1. Пустовалов А.Р. Проблемы правового регулирования и организации медико-санитарного обеспечения осуждённых к лишению свободы / в сборнике: III Международный пенитенциарный форум "преступление, наказание, исправление" (к 20-летию вступления в силу Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации): Сборник тезисов выступлений и докладов участников Международной научно-практической конференции. Академия ФСИН России. – 2017. – С. 420-424.
2. Туленков А.М., Пономарев С.Б. К вопросу актуальности ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы России / А.М. Туленков, С.Б. Пономарев // Дневник Казанской медицинской школы. – 2017. – №3(17). – С. 26-28.
3. Нечаева, О. Б. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу среди лиц с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации / О. Б. Нечаева // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – №3. – С.13-19.

4. Пшеничникова-Пеленёва И.М. Динамика летальности от туберкулёза среди осуждённых в специализированной больнице ФСИН / И.М. Пшеничникова-Пеленёва, Е.А. Цгоева // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №8. – С. 101–106.

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью» в редакции постановления правительства Российской Федерации от 19.05.2017 №598; [Электронный ресурс] // Консультант Плюс: справ. -правовая система.

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 14.01.2011 №3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений». [Электронный ресурс] // Консультант Плюс: справ. -правовая система.

7. Стерликов С.А. Эпидемическая ситуация по коинфекции ВИЧ-туберкулез в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации / С.А. Стерликов, С.Б. Пономарев, Е.Л. Аверьянова // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №8. – С.95–97.

МЕДИЦИНСКИЕ РИСКИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Гарипова Алина Ильдаровна

магистрант ФГБОУ ВО

*«Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал),
г. Ижевск*

"MEDICAL RISKS AND WAYS OF OVERCOMING THEM»

Garipova Alina Ildarovna

master student

*of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

В связи с тем, что медицинская деятельность предполагает эксперимент, существует такое понятие, как медицинский риск. Особое внимание уделено условиям, при которых риск будет считаться обоснованным. Так же в данной статье анализируется понятие врачебной ошибки. Поясняется, в каких случаях медицинский работник будет нести ответственность. В заключении выявляется ряд проблем, таких как отсутствие регламента по оценке и контролю качества предоставляемых медицинских услуг, а также предлагаются некоторые решения этих проблем.

Ключевые слова: врачебная ошибка; обоснованный риск.

ABSTRACT

Due to the fact that medical activity involves an experiment, there is such a thing as medical risk. Particular attention is paid to the conditions under which the risk will be considered reasonable. Also in this article the concept of medical error is analyzed. It is explained in which cases the health worker will be responsible. In conclusion, a number of problems are identified, such as the lack of regulations on the assessment and quality control of medical services, as well as some solutions to these problems.

Keywords: medical error; reasonable risk.

Конституция Российской Федерации гарантирует каждому человеку право на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь гражданам оказывается бесплатно [1].

Это право обеспечивается предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

При оказании медицинских услуг существует ряд рисков. Медицинский риск возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов.

Так как медицинская деятельность немыслима без экспериментирования, как и любая другая наука. При этом специфика медицинского эксперимента состоит в том, что он требует окончательной проверки на организме человека, что связано с риском наступления вредных последствий. В таких случаях медицинское действие, предпринятое в порядке новаторства, должно быть осуществлено в интересах пациента, а также методы и средства должны пройти необходимую предварительную проверку на животных. Такая проверка считается достаточной, но не исключает определенную степень риска. Риск во многом связан с состоянием здоровья конкретного пациента.

Так же, важно определить, что же является врачебной ошибкой. Врачебная ошибка – неправильное определение болезни врачом (диагностическая ошибка) или неправильное врачебное мероприятие (операция, назначение лекарства и др.), обусловленные добросовестным заблуждением врача [2].

Не является преступлением причинение вреда при обоснованном риске. В ч.2 ст.41 Уголовного Кодекса Российской Федерации дается понятие обоснованного риска. Так, риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам [3].

Риск правомерен в том случае, если соблюден ряд условий. Отсутствие хотя бы одного из них, дает основание считать риск необоснованным, что может повлечь уголовную ответственность. Приводятся четыре обязательных условия обоснованного риска:

- наличие доказанной объективной возможности достижения полезной цели, к примеру излечение больного, облегчение его страданий;
- полезная цель не должна быть достигнута не рискованными средствами, к примеру консервативные методы лечения исчерпаны, необходима хирургическая операция;
- наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно, к примеру неблагоприятные последствия операции только возможны, но не являются неизбежными;
- пациент должен быть согласен на применение рискованных медицинских действий. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства, могут применяться только после получения добровольного письменного согласия пациента. Согласие должно носить продуманный характер, т. е. после предоставления больному полной информации как о состоянии его здоровья, так и о последствиях применения или отказа от применения предлагаемого медицинского вмешательства.

Так же при выполнении профессиональных обязанностей, медицинский работник может совершить умышленное (как правило, с косвенным умыслом) или неосторожное действие, либо допустить бездействие, последствиями которого бывают вред здоровью или смерть пациента. Ответственность медицинских работников в этих случаях наступает соответственно [4].

В подтверждение вышесказанного, можно привести пример: на операцию с диагнозом аппендицит поступил подросток 12 лет. Во время наркоза он перестал дышать. Мероприятия по оживлению успеха не принесли. Оказалось, что вместо баллона с кислородом, к аппарату был подключен баллон с углекислым газом. Причиной смерти явилось отравление углекислым газом. Действия врача квалифицированы как причинение смерти по неосторожности [5].

Так же одной из основных представляется проблема - отсутствие на федеральном уровне регламента по оценке и контролю качества предоставляемых медицинских услуг. На практике на сегодняшний день возникают споры между пациентами, медицинскими

учреждениями и страховыми организациями по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи. Разрешать данные разногласия приходится в суде общей юрисдикции, в котором помимо данной категории дел рассматриваются споры, возникающие во всех отраслях законодательства. Судья должен разбираться во всех тонкостях и особенностях каждой отрасли права, что в силу объективных причин невозможно. Поэтому возникает потребность в создании независимого института, который был бы способен рассматривать и разрешать споры в столь специфической сфере. Следовательно, представляется необходимым создание третейского суда медицинского страхования при территориальных фондах обязательного медицинского страхования.

Таким образом, можно сделать вывод, что медицинская услуга отличается от других профессиональных услуг, поскольку ориентирована на особое благо — здоровье. Отличительной чертой ее является рискованность. Любое вмешательство в процессы жизнедеятельности человека сопровождается определенной степенью врачебного риска, и если этот риск обоснован, то даже в случае причинения вреда здоровью пациента, он не будет признан преступлением. Точно также действия медицинского работника, приведшие к вредным для больного последствиям, но причиненные ему в условиях крайней необходимости, например, для спасения его жизни или здоровья, не являются уголовно наказуемым деянием, если причиненный при этом вред будет признан меньшим предотвращенного.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. - №31. Ст. 4398.
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. С. 352.
3. "Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 12.11.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. 2018. - № 47. Ст. 7141.
4. Калугина Н.Г., Галиахметов М.Р. Сроки производства дознания. Вестник Российской правовой академии. 2016. №2. С 79-82.
5. Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда Республики Тыва г. Кызыл 2011 г.

ПРОБЛЕМЫ ОСВОБОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ЖИЗНИ (ЗДОРОВЬЮ) ПАЦИЕНТА

*Гарифуллина Светлана Викторовна
Старший преподаватель кафедры гражданско-правовых дисциплин
Всероссийского государственного университета юстиции
(РПА Минюста России), Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

THE PROBLEM OF THE RELEASE OF MEDICAL ORGANIZATIONS FROM CIVIL LIABILITY FOR DAMAGE TO LIFE (HEALTH) OF THE PATIENT

*Garifullina Svetlana Viktorovna
Senior Lecturer of the Department of Civil Law Disciplines of the all-Russian state
University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АНОТАЦИЯ

В статье проанализированы основания привлечения медицинских организаций и медицинских работников к гражданско-правовой ответственности за причинение вреда здоровью пациента. Общие основания освобождения от гражданско-правовой ответственности

Проанализированы проблемы недостаточности правового регулирования данного института и разработаны предложения по устранению выявленных проблем.

Ключевые слова: гражданско-правовая ответственность, состав гражданского правонарушения, освобождение от гражданско-правовой ответственности, крайняя необходимость, обоснованный риск.

ABSTRACT

The article analyzes the grounds for bringing medical organizations and medical workers to civil liability for causing harm to the health of the patient. General grounds for exemption from civil liability

Problems of insufficiency of legal regulation of this Institute are analyzed and offers on elimination of the revealed problems are developed.

Keywords: civil liability, the composition of a civil offense, exemption from civil liability, extreme necessity, reasonable risk.

Вопросы гражданско-правовой ответственности медицинских работников приобрели особую значимость, в связи с расширением механизмов защиты прав граждан, в том числе и судебных форм защиты, также необходимым толчком дало развитие договорных отношений в медицине, повсеместно применяется практика платных медицинских услуг, развивается частная медицина. Гражданско-правовая ответственность стала для медицинских организаций и работников серьезным последствием ненадлежащего оказания медицинской помощи, в том числе при причинении вреда жизни и здоровью пациента.

«Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.» ст. 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [1].

Гражданско-правовая ответственность наступает независимо от уголовной, административной или дисциплинарной ответственности и применяется отдельно либо дополняет их (гражданский иск в уголовном процессе). Для ее возникновения необходимо наличие особого основания – состава гражданского правонарушения.

Признаки (условия) гражданского правонарушения:

- 1) противоправность поведения;
- 2) наличие ущерба (убытков);
- 3) причинная связь между противоправным поведением и ущербом (убытками);
- 4) вина правонарушителя.

Вместе с тем необходимо отметить, что гражданская ответственность имеет существенные отличия от иных видов ответственности, при которых:

- характеристика субъекта не является обязательным элементом состава правонарушения;
- вина субъекта не является обязательным условием (для владельцев источников повышенной опасности).

· действия субъекта могут быть правомерными (действия в условиях крайней необходимости).

Указанные особенности еще более осложняют применение гражданско-правовой ответственности к специализированным субъектам, а вопросы освобождения от нее для специальных субъектов пока не урегулированы на законодательном уровне.

В настоящее время законодателем не дано легального понятия освобождения от гражданско-правовой ответственности и не очерчен четко круг как общих, так и специальных его оснований, в том числе в случае причинения медицинскими организациями вреда жизни (здоровью) пациентов при оказании медицинских услуг.

Такая ситуация вызывает дискуссии среди как практических работников, так и ученых-цивилистов, изучающих данную сферу правового регулирования общественных отношений» [2].

Кроме того, обсуждается возможность привлечения к ответственности врачей по искам пациентов на основании так называемых «усеченных» составов гражданских правонарушений, то есть, по принципу деликтной ответственности владельцев источников повышенной опасности. Речь идет о возможности наступления гражданской ответственности без доказательства вины причинителя вреда. В результате, вынося решение о необходимости компенсации ущерба, причиненного предоставлением услуг, суд будет исходить из концепции связи вреда с действиями врача, не изучая вопрос об умысле (вине), что должно резко изменить весь ход разбирательства медицинских дел. Следствием этого станет резкое увеличение числа случаев, когда врачи будут вынуждены компенсировать ущерб, причиненный здоровью пациентов. На сегодняшний день «усеченный состав правонарушения» применяется при рассмотрении споров, возникающих вследствие оказания некачественной платной медицинской услуги, поскольку эти отношения регулируются законом «О защите прав потребителя», предусматривающим подобный порядок [3].

Необходимо также иметь в виду и то, что «усеченный состав» предусматривает ответственность и за правомерные действия.

К правомерным принято относить действия в условиях:

- крайней необходимости;
- необходимой обороны;
- оказания медицинской помощи пациенту в критическом для жизни состоянии;
- согласия лица на причинение вреда, если действия причинителя не нарушают нравственных принципов общества (например, согласие на пересадку органов или тканей при соблюдении законодательства);
- одностороннего отказа от исполнения обязательства в случае существенного нарушения договора.

В этих случаях вред возмещению не подлежит, за исключением вреда, причиненного в состоянии крайней необходимости: по решению суда он может быть возмещен лицом, причинившим вред или лицом, в интересах которого действовал причинивший вред ст. 1067 Гражданского кодекса Российской Федерации [4].

Вместе с тем, необходимо отметить, что особенности возмещения вреда медицинскими организациями урегулированы только Методическими рекомендациями утвержденными Федеральным фондом ОМС [5].

В них, в частности установлено:

«Вред (ущерб) – это реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью застрахованного, а также упущенная им выгода, связанные с действием или бездействием работников учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) при оказании медицинской и (или) лекарственной помощи и подлежащие возмещению.

Согласно ст. 1068 ГК России, юридическое лицо либо гражданин возмещает вред (ущерб), причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Учреждения здравоохранения, независимо от формы собственности, а также и частнопрактикующие врачи (специалисты, работники), участвующие в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за вред (ущерб), причиненный застрахованным гражданам их врачами либо другими работниками здравоохранения.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно-следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) работников учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) и наступившими последствиями у застрахованного пациента.

В случае, когда медицинскую помощь ненадлежащего качества оказали несколько учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) либо действия самого пациента оказали влияние на качество медицинской помощи, наступает смешанная ответственность. При смешанной ответственности ее размер определяется соответственно степени вины каждой из сторон.»

Из указанного следует логичный вывод о том, что в настоящее время для привлечения к ответственности медицинских работников основным показателем является наличие ущерба. Для разрешения вопросов об освобождении медицинских работников от гражданско-правовой ответственности, на наш взгляд необходимо внести в действующее законодательство, а именно в главу 59 Гражданский кодекс Российской Федерации часть 2 нормы, регламентирующие основания и порядок привлечения и освобождения медицинских работников к гражданско-правовой ответственности. По аналогии с ответственностью за вред, причиненный действиями прокуратуры, суда. В частности, необходимо указать что:

Основаниями полного освобождения медицинских организаций от гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан (пациентов) при оказании им медицинской помощи (медицинских услуг), являются:

- 1) крайняя необходимость;
- 2) необходимая оборона;
- 3) обоснованный риск;
- 4) причинение вреда с согласия или по просьбе пациента;
- 9) иные случаи отсутствия вины причинителя.

Грубая неосторожность пациента является основанием частичного освобождения медицинских организаций от гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан (пациентов) при оказании им медицинской помощи (медицинских услуг).»

При этом, необходимо регламентировать, что причинение вреда с согласия (просьбы) пациента в медицинской деятельности может иметь место в случаях: 1) изъятия каких-либо органов (тканей) человека с целью их трансплантации; 2) проведения пластических операций; 3) искусственного прерывания беременности; 4) донорства крови или ее компонентов; 5) стерилизация человека; 6) изменения (коррекции) пола; 7) иных ситуациях [6]. Также необходимо регламентировать и условия правомерности обоснованного риска, с точки зрения гражданско-правовой ответственности.

По О.М. Сариеву, условиями правомерности обоснованного риска в медицинской деятельности являются: 1) общественно полезная цель - развитие медицинской науки и техники и излечение больных; 2) соблюдение национальных и международных норм права, а также принципов медицинской этики и правил биоэтики; 3) недопущение коммерческой или иной личной выгоды или заинтересованности медицинского работника; 4) совершение рискованных действий медицинскими работниками, обладающими квалификацией и достаточным опытом; 5) обеспечение медицинского эксперимента современными достижениями медицинской науки и техники, позволяющими избежать (минимизировать) причинения вреда правоохраняемым интересам; 6) добровольное информированное согласие пациента или его законного представителя, за исключением обстоятельств, угрожающих жизни пациента; 7) медицинский эксперимент не был сопряжен с угрозой гибели двух и

более испытываемых, экологической катастрофой или общественным бедствием [7]. Считаем, что данная регламентация позволит избежать не только разночтений законодательства, но и привести в соответствие судебную практику.

Таким образом, в настоящее время отсутствует полная и детальная регламентация института освобождения медицинских организаций и медицинских работников от гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни и здоровью пациента. Нормы данного института должны быть урегулированы в нормативно-правовых актах и прежде всего Гражданском кодексе Российской Федерации.

Однако, освобождение от гражданско-правовой ответственности медицинских работников имеет и еще один аспект - это невозможность возмещения пациенту или его выгодоприобретателям причиненного имущественного ущерба.

Для обеспечения прав пострадавшего пациента или его выгодоприобретателей, при отсутствии вины причинителя, было бы целесообразно ввести институт обязательного страхования гражданско-правовой ответственности медицинских организаций.

Однако в настоящее время закона об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами не существует.

Согласно ч. 3 ст. 44 ФЗ "Об обращении лекарственных средств", страховой случай по договору обязательного страхования представляет собой смерть пациента или ухудшение его здоровья, в том числе влекущее за собой установление инвалидности, при наличии причинно-следственной связи между наступлением этого события и участием пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата. [8].

Для решения вышеуказанной проблемы страховым случаем необходимо признать причинение вреда пациентам в ситуациях крайней необходимости, а также вследствие обоснованного риска и факторов, обусловленных характером деяний работников медицинских организаций (медицинской ошибки, несчастного случая, правомерного (профессионального) врачебного риска).

Страхование должно осуществляться за счет средств собственника медицинской организации. Данные изменения не только помогут узаконить процедуру освобождения медицинских работников и медицинских организаций от гражданско-правовой ответственности, но и увеличат шансы пациентов и их выгодоприобретателей на своевременное получение возмещения вреда, причиненного их жизни и здоровью.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // "Собрание законодательства Российской Федерации", 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
2. Старчиков М.Ю. Основания освобождения медицинских организаций от гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни (здоровью) пациентов при оказании медицинских услуг: теоретические положения и судебная практика. М.: Инфотропик Медиа, 2017. С. 45 - 46.
3. Закон Российской Федерации "О защите прав потребителей" от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 29.07.2018) // "Собрание законодательства Российской Федерации", 15.01.1996, № 3, ст. 140
4. "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 29.07.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.12.2018) // "Собрание законодательства Российской Федерации", 29.01.1996, № 5, ст. 410.
5. Письмо ФФОМС от 05.05.1998 № 1993/36.1-и "О методических рекомендациях "Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования" (вместе с "Методическими рекомендациями ...", утв. ФОМС 27.04.1998) // "Здравоохранение", № 8, 1998.

6. Старчиков М.Ю. Основания освобождения медицинских организаций от гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный жизни (здоровью) пациентов при оказании медицинских услуг: теоретические положения и судебная практика. М.: Инфотропик Медиа, 2017. С. 45 - 46.

7. Сариев О.М. Обоснованный риск в медицинской деятельности и условия его правомерности // Вестник Тамбовского государственного университета. 2015. N 5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/obosnovannyu-risk-v-meditsinskoj-deyatelnosti-i-usloviya-ego-pravomernosti> (дата обращения: 30.03.2018).

8. Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств" 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. От 27.12.2018) // "Собрание законодательства Российской Федерации", 19.04.2010, № 16, ст. 1815.

РЕАЛИЗАЦИЯ НОРМ ОБ ЭФФЕКТИВНОМ КОНТРАКТЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Демидов Николай Вольтович

*кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Юридического института Томского государственного университета,
г. Томск*

Коновалов Максим Павлович

*студент Юридического института
Томского государственного университета,
г. Томск*

IMPLEMENTATION OF LEGAL RULES ABOUT AN EFFECTIVE CONTRACT IN HEALTH CARE

Demidov Nikolay Voltovich

*Candidate of Law, assistant professor of Labor Law and Law of social security department of Law
Institute of Tomsk State University, Tomsk*

Konovalov Maxim Pavlovich

Third-year student of Law Institute of Tomsk State University, Tomsk

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена комплексному исследованию проблематики эффективного контракта в сфере здравоохранения. Проанализированы характерные особенности его реализации в практической деятельности, предложены рекомендации по внедрению в организации и учреждения системы здравоохранения.

Ключевые слова: эффективный контракт, медицинский работник, медицинская организация, здравоохранение.

ABSTRACT

The article is dedicated to multi-method research of issues effective contract in the health-care system. The author has analyzed specific peculiarity of implementation of the contract in practice and proposed recommendations for its introduction in organizations and agency of the health-care system.

Keywords: effective contract, medical worker, healthcare organization, health-care.

Проблематика эффективного контракта, его специальные характеристики, отличительные черты в системе нормирования и оплаты труда, иные аспекты достаточно

глубоко исследуются научным юридическим, экономическим, управленческим сообществом с 2012 г. Проведен анализ нормативной базы, выявлены неучтенные законодателем пробелы. Имеющиеся наработки практики и теории позволяют делать выводы и подводить итоги по вопросу практической реализации норм об эффективном контракте в сфере здравоохранения.

Одной из целей «майских указов» 2012 г. Президента Российской Федерации являлось «повышение к 2018 г. средней заработной платы врачей ... до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе» [5]. В связи с этим Правительство Российской Федерации разработало Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 г. № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы» [6]. Распоряжение содержит цели, задачи и план мероприятий по введению эффективного контракта в учреждениях, выполняющих работы и оказывающих услуги в социальной сфере, – в частности, учреждениях здравоохранения. Время, отведенное на выполнение целей и задач указа № 597 истекло, а больше половины учреждений так и не приступили к внедрению новых систем оплаты труда. Более того, руководители и работники указанных организаций считают, что данные системы запутанны, сложны, а некоторые работники и вовсе не слышали о их существовании. В связи с этим видится необходимым структурировать положительные и отрицательные стороны эффективного контракта в медицинских организациях, проанализировать целесообразность его введения.

Неизбежным является использование дефиниции, закрепленной в Распоряжении № 2190-р, хотя термин «контракт» и противоречит законодательству о труде. Легальное понятие сформулировано следующим образом: «Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки».

Особый практический интерес в данной дефиниции вызывает положение о показателях и критериях оценки эффективности деятельности. Именно эта часть носит новаторский характер. Благодаря данным положениям можно оценить качество деятельности работника и лечебно-профилактического учреждения в целом, а за счет прозрачности и ясности этих показателей обеспечить реальное повышение эффективности труда. Необходимо отметить, что эти позиции в рассматриваемом соглашении являются базовыми элементами и составляют ядро договора, на которое следует делать упор при их разработке.

За время исполнения «майских указов» 2012 г. удалось выявить как положительные, так и отрицательные устойчивые закономерности, которые сопровождают медицинские организации при переходе к эффективному контракту. Среди негативных аспектов можно назвать следующие:

1. Нехватка средств в фонде оплаты труда.

Если правильно подойти к определению трудовой функции, грамотно конкретизировать должностные обязанности, разработать разумные критерии оценки труда, то результат не заставит себя ждать. По итогу безукоризненного и результативного труда работники должны получить соответствующую оплату. Но что делать, если каждый работник по итогу такого «ударного» месяца должен получить в качестве стимулирующих выплат свыше, к примеру, пяти тысяч рублей? А если это будет продолжаться несколько месяцев или лет? В рамках государственных медицинских организаций, штат которых насчитывает солидное количество работников, это может вылиться в значительную сумму. Так из-за недостаточного финансирования системы здравоохранения возникают предсказуемые трудности. Выходом из сложившейся ситуации работодатель видит в уменьшении исходных коэффициентов стимулирующих выплат, либо в определении премий не в конкретных цифровых ставках, а в нефиксированной форме, т.е. в процентных

долях от премиального фонда. Выплаты оказываются, по мнению работников, недостаточными, разнятся между учреждениями и регионами. Вряд ли это можно признать отвечающим логике проводимой реформы по стимулированию труда медицинских работников.

Рассматривая эту сторону вопроса, следует обратить внимание на мнение Н.М. Саликовой, которая считает, что «по замыслу законодателя при переходе к «эффективному контракту» оплата труда работника будет состоять из оклада (в зависимости от профессионально-квалификационной группы и профессионально-квалификационного уровня), компенсационных и стимулирующих выплат. В целом такая конструкция мало отличается от существующей системы оплаты труда, общие принципы которой закреплены в Трудовом кодексе Российской Федерации и постановлении Правительства от 5 августа 2008 г. № 583» [9, С. 118].

2. Неверное определение работодателем трудовой функции, должностных обязанностей, критериев оценки труда.

Сложность формулирования, расплывчатость, неясность указанных условий трудового договора, а, возможно, изначально завышенные требования влекут за собой снижение работоспособности трудового коллектива, падение результативности профессиональной отдачи персонала. Это, в свою очередь, отражается на результатах медицинской помощи (услуг), доходах медицинских учреждений, заработной плате работников. Возможным решением проблемы служит утверждение типовых эффективных контрактов на уровне Министерства здравоохранения, централизованная выработка рекомендаций по проработке трудовых договоров. Думается, что сами медицинские учреждения способны на подобную правовую работу далеко не всегда.

3. Увеличение нагрузки на аналитический/экономический/кадровый отделы, увеличение затрат на их содержание.

К данной категории трудностей можно отнести увеличение объема работы для действующих работников, а также затраты на наем новых сотрудников в соответствующие структурные подразделения, выплаты действующему штату (сверхурочные, компенсация за ненормированный рабочий день, совместительство и совмещение). Затраты неизбежны, так как увеличение нагрузки на вышеперечисленные отделы пропорционально количеству критериев оценки эффективности труда каждого медицинского работника. Избежать дополнительных издержек можно путем разработки специальных программ (согласно критериям оценки труда) для подсчета итоговых, месячных результатов и вывода конечных сумм стимулирующих выплат.

4. Дополнительные временные, финансовые затраты, требуемые для разработки и внедрения эффективного контракта в медицинские организации.

Не все организации самостоятельно занимаются разработкой и внедрением эффективного контракта. Некоторые привлекают сторонних лиц для выполнения указанных работ. Это, в свою очередь, влечет дополнительную финансовую нагрузку. Временные затраты, помимо разработки трудового договора силами штата медицинского учреждения могут быть выражены также и в длительном процессе внедрения нового соглашения. Это обусловлено тем, что процесс перевода сотрудников на новые договоры требует определенных процедурных действий со стороны работодателя.

Говоря об отрицательных аспектах внедрения эффективного контракта, следует отметить, что разработкой проектов «новых трудовых договоров», как правило, занимаются работники аналитических/экономических/кадровых отделов медицинских учреждений. Реже привлекаются профессиональные специалисты из других организаций. Думается, что при составлении столь новаторских правовых актов следовало привлечь ведущие университеты и институты, способные провести комплексный анализ критериев эффективности, причинно-следственной связи между формулировкой этих критериев и последствиями (возможностью) их достижения.

На основании сказанного можно сделать промежуточное заключение о негативных закономерностях, связанным с эффективным контрактом в системе здравоохранения. Основной проблемой остается недостаточное финансирование, так как при должном объеме финансового потока в рассматриваемую отрасль можно преодолеть недостающую квалификацию работников, обновить устаревшее оборудование, искоренить кадровый дефицит, сгладить затраты времени, оптимально распределить нагрузку среди внутриорганизационных подразделений. Это позволит увеличить положительную отдачу от внедрения эффективного контракта и сделать достижение социальных целей «майских указов» реальностью.

Необходимо констатировать и положительные последствия введения эффективного контракта в российский трудовом оборот. Такими достоинствами видятся, в частности:

1. Повышение уровня эффективности труда большинства медицинских работников, которое отмечается рядом специалистов [7]. На деле стимулирующую функцию эффективного контракта трудно переоценить. По результатам первых месяцев после внедрения такого соглашения планы организаций стали выполняться на 100% и более. Результаты деятельности увеличились в среднем на 30% [10]. Отрицательной динамики в этом ключе замечено не было. Следствием этого можно предвидеть повышение удовлетворенности от получаемой медицинской помощи (услуг) среди граждан.

2. Уточнение обязанностей работников в трудовом договоре.

В данном случае понимается не простое копирование в трудовой договор норм должностных инструкций (хотя иногда так делают, называя это эффективным контрактом). Действительную эффективность вводимых новелл обеспечивает детальная конкретизация обязанностей, которая базируется на определенных критериях оценки качества труда. В настоящее время большинство медучреждений внедрили эффективные контракты, по своей сути мало чем отличающиеся от обычного трудового соглашения. Они представляют собой расширенные договоры, «разбавленные» трудовыми обязанностями [2]. Такие соглашения не имеют каких-либо новых систем оплаты или критериев оценки качества труда.

Существуют рекомендации Министерства здравоохранения [8], на которые можно опираться при разработке контракта для той или иной организации. По поводу данных рекомендаций Ф.Н. Кадыров полагает: «Минздрав никогда не призывал слепому следованию своим рекомендациям без учета особенностей конкретных регионов и учреждений – в любом случае нужен анализ, творческий подход» [1, С. 71]. Рекомендации по неизвестным причинам часто игнорируются, хотя представленная ими система оплаты труда может послужить фундаментом, который при должной доработке и совершенствовании выльется в часть эффективного контракта, обеспечивающего реальную оценку труда работника и сохраняющего финансовые активы работодателя.

В соответствии с пп. «е» п. 1 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. Правительство Российской Федерации опубликовало распоряжение, в котором содержится программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 гг. В то же время пример того «эффективного контракта», который прикреплен в приложении № 3 к вышеуказанному распоряжению, вызывает вопросы. Безусловно, это лишь основа будущего трудового договора, в нем не было учтено ничего из того, что устанавливало это распоряжение Правительства. Но проблема в том, что на практике стали заключаться именно те самые проекты эффективных договоров, которые так и остались «сырыми», лишенными нужных формулировок, не обеспеченные новой системой оплаты труда. Их просто «раздули» перечнем должностных обязанностей работников. Думается, что прежнее «классическое» ядро договора (ст. 57 ТК Российской Федерации) плюс должностная инструкция не есть эффективный контракт. Это скорее обеспечительный инструмент в привлечении медицинских работников к дисциплинарным взысканиям и средство формальной отчетности по заданию вышестоящего органа.

О.К. Минева и соавторы справедливо считают, что в таких случаях имеет место «бюрократическое дублирование содержания примерного трудового договора, без детальной проработки соответствующих Положений об оплате труда, которое приводит к дополнительному «захлавлению» основополагающего документа, регулирующего трудовые отношения» [3, С. 220]. В свою очередь, Е.В. Михалкина и Н.В. Андрейченко утверждают, что «эффективный контракт не является некой принципиально новой правовой формой трудового договора, а представляется институциональной формой реализации социально-трудовых отношений нового типа» [4, С. 43-44]. В связи с этим следует отметить, что здесь кроется одна из основных проблем и, чтобы ее решить, требуется разработать примерный образец эффективного контракта на основании тех рекомендаций, которые были выработаны отраслевыми министерствами в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации № 2190-р.

На практике сложилась следующая ситуация: Правительство Российской Федерации возлагает на непосредственных работодателей обязанность по выработке эффективного контракта, не предлагая типового образца, на который следует ориентироваться. При этом не учитывается, что у медицинских организаций нет настолько квалифицированного и многочисленного состава юристов, как у министерств, да и задачи у медучреждений другие. Они связаны с оказанием медицинской помощи (услуг), но никак не с разработкой эффективного контракта. Следует отметить, что разработка контракта самим учреждением повлечет сильные расхождения с контрактами других организаций, что повлечет новые проблемы с необъективной дифференциацией заработных плат. Разбираемая проблема может быть решена и другим способом. Он представляет собой либо объявление конкурса по государственному заказу на разработку эффективного контракта, либо поручение данной задачи ведущим университетам (институтам).

Подведя итог, можно сделать вывод о том, что правильно составленный и нормативно обеспеченный эффективный контракт гарантирует увеличение положительных результатов оказываемой медицинской помощи (услуг) для населения в целом, повлечет рост доходов медицинских работников, что повысит престиж профессии, позволит привлекать в сферу здравоохранения молодые кадры и обеспечивать постоянное повышение качества медицинской помощи (услуг), снизит показатели смертности и заболеваемости.

Список литературы:

1. Кадыров Ф.Н. Федеральные рекомендации по региональным и муниципальным системам оплаты труда в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 67-71.
2. Канунников А.Б., Беляев С.Г. Правовые основания эффективного трудового договора (контракта): методическая разработка // URL: https://git55.rostrud.ru/sovety_rabotniku_i_rabotodatellyu/89804.html (дата обращения: 15.02.2019);
3. Минева О.К., Кочеткова Н.Н., Храмова Т.М. «Эффективные контракты», построенные на принципах формирования лояльности, вовлеченности и удовлетворенности трудом // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2015. – № 2 (43). – С. 219-222.
4. Михалкина Е.В., Андрейченко Н.В. Эффективный контракт как институциональная форма реализации социально-трудовых отношений в учреждениях здравоохранения: ожидания и реальность // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки СКАГС. – 2017. – № 1. – С. 39-47.
5. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики, – Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 // Российская газета. – 2012. – 9 мая. – № 5775.

6. О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 гг, – Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р // Российская газета. – 2012. – 4 дек.

7. Петрушко М. Эффективный контракт в здравоохранении: плюсы и минусы новой системы // Электронный журнал Контур. 2015. № 11 // URL: <https://ko.netur.ru/articles/2311> (дата обращения: 15.02.2019).

8. Приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» // Здравоохранение. – 2013. – № 8.

9. Саликова Н. М. «Эффективный контракт»: новый вид трудового договора или новая система оплаты труда? // Российский юридический журнал. – 2014. – С. 116-120.

10. Экспертный совет при Правительстве Российской Федерации. Заключение: эффективный контракт в здравоохранении // URL: https://open.gov.ru/events/5510232/?sphrase_id=72327 (дата обращения: 15.02.2019).

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Дергачев Валерий Федорович

кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры и

специальной подготовки Всероссийского государственного университета юстиции

(РПА Минюста России),

Ижевский институт (филиал)

г. Ижевск

Большаков Олег Владимирович

старший преподаватель кафедры физической культуры и

специальной подготовки Всероссийского государственного университета юстиции

(РПА Минюста России),

Ижевский институт (филиала)

г. Ижевск

FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLES OF YOUNG PEOPLE IN THE UDMURT REPUBLIC: LEGAL ASPECTS FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLES OF YOUNG PEOPLE IN THE UDMURT REPUBLIC: LEGAL ASPECTS

Dergachyov Valery Fedorovich

candidate pedagogical associate

Professor of physical culture and special training

of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),

Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

Bolshakov Oleg Vladimirovich

senior lecturer of physical culture and special training

of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),

Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Целью работы является исследование современного состояния здоровья молодежи и студенчества в Удмуртской Республике. Методологическую основу исследования

составляют такие общенаучные методы, как системный и функциональный подходы, а также анализ, синтез и сравнение. Выявлены существующие проблемы и противоречия в формировании здорового образа жизни молодежи. Рассмотрен положительный опыт в реализации проектов и программ, направленных на формирование здорового образа жизни населения Удмуртской Республики. В результате проведенного исследования мы приходим к выводу, что негативные тенденции здоровья современной молодежи усугубляют сложную демографическую ситуацию в стране, а формирование здорового образа жизни молодежи является одной из наиболее актуальных задач, стоящих перед обществом.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, правовое регулирование, проблемы здоровья молодежи, проекты и программы.

ABSTRACT

The aim of the work is to study the current state of health of young people and students in the Udmurt Republic. The methodological basis of the research is such General scientific methods as systematic and functional approaches, as well as analysis, synthesis and comparison. The existing problems and contradictions in the formation of a healthy lifestyle of young people are revealed. The positive experience in the implementation of projects and programs aimed at the formation of a healthy lifestyle of the population of the Udmurt Republic is considered. As a result of the study, we come to the conclusion that the negative trends in the health of modern youth exacerbate the difficult demographic situation in the country, and the formation of a healthy lifestyle is one of the most urgent tasks facing society.

Keywords: healthy lifestyle, legal regulation, youth health problems, projects and programs.

Право человека на охрану здоровья является важнейшей ценностью для государства. Особенности права на охрану здоровья заключаются в том, что оно относится к неотчуждаемым правам, принадлежит человеку еще до его рождения, является неотъемлемым условием жизни общества и связано не только с необходимостью заботы о своем здоровье каждого гражданина, но и ответственностью государства за сохранение и укрепление здоровья своих граждан [1].

В настоящее время в России все большую остроту приобретают проблемы репродуктивного здоровья молодежи. Ситуацию осложняют злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем, курением; отсутствие в обществе установок на здоровый образ жизни; экономическая нестабильность; изменение социально-психологических и нравственных ориентиров. Эти причины, а также имеющий место в подростковом возрасте разрыв между физиологическим и психическим созреванием не способствуют формированию ответственности за собственное будущее и отношение к своему здоровью как ценности.

Анализ динамики состояния здоровья молодых россиян в возрасте 14-29 лет дает основание прогнозировать его ухудшение у взрослого населения в ближайшие 10-15 лет. Сложившееся положение является следствием преобразований в социально-экономической сфере: сокращение бесплатных культурных, оздоровительных, военно-патриотических, спортивных организаций и учреждений; нарастающего воздействия экологически вредных факторов; ведение нездорового образа жизни.

Пристальное изучение образа жизни молодежи обусловлено прежде всего критическим состоянием физического и духовного развития молодого поколения. Негативные тенденции здоровья молодежи усугубляют и без того сложную демографическую ситуацию в стране.

По данным Минздрава Удмуртской Республики курит 31,4% населения, из них 49,8% мужчин и 16,6% женщин. Из них треть курящих молодежь в возрасте 16-29 лет [7]. Необходимо особо отметить рост пивного алкоголизма, который наиболее распространен в молодёжной среде. Постоянно регистрируются случаи продажи лицам до 18 лет табачных

изделий и алкогольных напитков. Факты продажи объясняются безразличием к проблеме табакокурения и употребления подростками алкоголя, недостаточной профилактической работой, низким уровнем информирования населения по данной проблеме.

По-прежнему острыми остаются вопросы незаконного распространения синтетических наркотиков и способы их продажи через Интернет. По данным Управления по контролю за оборотом наркотиков МВД по Удмуртской Республике, в 2018 году в Ижевске выявлено 1710 наркопреступлений, 646 человек привлечены к уголовной ответственности за совершенные наркопреступления [8].

Основной причиной нарушений здоровья молодежи являются негативные модели поведения, связанные с образом жизни молодого человека. При этом все большую роль в поддержании или ослаблении ее здоровья, оказывают поведенческие факторы риска: курение, алкоголь, употребление токсических и психоактивных веществ и др.[9]

Здоровый образ жизни - важнейшая составляющая существования современного человека. Он обеспечивает всестороннее раскрытие творческих способностей, рациональное использование интеллектуальных и физических ресурсов каждого человека в интересах общества и всестороннего удовлетворения личных потребностей, основанных на высоконравственной морали.

Анализ последних исследований и публикаций показывает, что формированию здорового образа жизни населения России в последние годы уделяется немало внимания: изучаются медицинские, педагогические, философские и социальные аспекты данной проблемы.

В соответствии с Федеральным Законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], охрана здоровья является совокупностью мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В 2017 году в соответствии с решениями президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 22 марта 2017 г. (пункт 2 раздела I протокола № 3) принята Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [5]. Срок реализации Госпрограммы 2018 - 2025 годы.

В состав пилотной Госпрограммы в виде приложений включены Правила распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и сводная информация по опережающему развитию приоритетных территорий Российской Федерации.

Нормативная правовая база здравоохранения Удмуртской Республики осуществляется в рамках исполнения Указов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Главы Удмуртской Республики и Правительства Удмуртской Республики.

В соответствии с требованиями Постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». [3,4] в Удмуртской Республике принята государственная программа «Развитие здравоохранения».

Основной целью государственной программы Удмуртской Республики является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В целях обеспечения конституционных прав граждан на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи, повышения эффективности её организации и управления ресурсами здравоохранения Правительством Удмуртской

Республики в соответствии с федеральной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи ежегодно утверждается Программа госгарантий, которая определяет объемы финансирования бесплатной медицинской помощи в республике и является основой для определения объемов финансирования медицинской помощи в городах и районах.

Необходимо отметить, что в Удмуртской Республике проводится значительная работа по разработке и реализации проектов и программ, направленных на формирование здорового образа жизни населения, программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому просвещению и др.

Апробируются и внедряются программы по здоровому образу жизни, которые направлены на работу с подростками и их ближним окружением.

Одной из таких программ стал межрегиональный проект "Программа 15 - потенциал сообщества".

Программа 15 - это эффективная современная технология групповой работы с подростками и их родителями, целью которой является создание условий для повышения качества жизни и предотвращения распространения социально-значимых заболеваний (алкоголизма и наркомании, ВИЧ-инфекции, ИППП).

В Ижевске регулярно реализуются профилактические проекты «Академия волонтеров», «Все в твоих руках», «Родительский всеобуч. Школа компетентности», информационно-профилактическая акция «Первокурсник», акция «Молодежь за ЗОЖ» и другие.

Проходят конкурсы среди волонтеров, общественных организаций, средств массовой информации, межведомственные рейды по местам досуга молодежи, различные спартакиады, пропагандирующие здоровый образ жизни. Психологические групповые и индивидуальные консультации, лекции и беседы о здоровом образе жизни проводят специалисты городского центра профилактики «Подросток».

В 2017-2018 годах в Ижевске был реализован социальный проект, направленный на снижение преступности среди несовершеннолетних, «Город, которому ты нужен», который получил грант Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Приведенные примеры региональных инициатив, направленных на формирование здорового образа жизни, свидетельствуют о том, что реализация подобных программ является достаточно действенной мерой, способствующей формированию у населения стремления к здоровому образу жизни, отказу от вредных привычек, профилактике болезней.

Таким образом, для устранения проблем, характерных для законодательства об охране здоровья молодежи, необходим масштабный пересмотр принципиальных основ, на которых строится все социальное законодательство, в том числе законодательство о здравоохранении, приведение его в строго сбалансированную систему, где цели и векторы развития не противоречат, не взаимоисключают друг друга, а работают на общую цель.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (Принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ).

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

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 октября 2017 г. № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации».

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. N 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации программы "Развитие здравоохранения". С изменениями и дополнениями от: 1 марта, 20 ноября, 24 декабря 2018 г., 24 января 2019 г.

5. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

6. Закон Удмуртской Республики от 6 марта 2014 года № 4-РЗ "Об отдельных полномочиях органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан в Удмуртской Республике."

7. Наговицин С.Г., Дергачев В.Ф. Физическая культура в вузе: структурирование системы контроля и оценки сформированности предметных компетенций. Учебное пособие. - Ижевск: Изд-во «Шелест», 2017. С 171 -173.

8. Калугин С.С., Калугина Н.Г. Составная часть национальной безопасности – защита прав и свобод несовершеннолетних. В сборнике: Пенитенциарное право и пенитенциарная безопасность: теория и практика материалы III Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Р.А. Ромашова. 2013. С. 120-123.

9. Поторочин А.Г., Зашихин В.С. Методика формирования к профессиональной деятельности студентов юридических вузов. // Проблемы современного педагогического образования. - Сборник научных трудов. - Ялта: РИО ГПА. Вып. 62-4. 2018. С 175-179.

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Дорина Виктория Валерьевна
преподаватель кафедры теории и истории государства и права, Полоцкий
государственный университет,
г. Новополоцк*

RIGHT TO HEALTH IN THE CONTEXT OF ATTAINING THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS IN REPUBLIC OF BELARUS

*Dorina Victoria
assistant of Theory and history of state and law department, Polotsk state university,
Belarus*

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена реализации права на охрану здоровья в контексте достижения Целей устойчивого развития в Республике Беларусь, проанализирована национальная стратегия выполнения Повестки-2030, опираясь на данные Национального статистического комитета Республики Беларусь сделаны выводы о достижениях и перспективах Республики Беларусь на пути реализации Целей устойчивого развития.

Ключевые слова: право на охрану здоровья; Цели развития тысячелетия; Цели устойчивого развития; Национальная стратегия; медицинская помощь; права человека; достижение глобальных целей.

ABSTRACT

The article is devoted to the realization of the right to health protection in the context of achieving the Sustainable Development Goals in the Republic of Belarus. The national strategy for

the implementation of the Agenda-2030 is analyzed. Based on the data of the National Statistical Committee of the Republic of Belarus, conclusions are made about the achievements and prospects of the Republic of Belarus on the way to realization of the Sustainable Development Goals.

Keywords: the right to health; Millennium Development Goals; the Sustainable Development Goals; national strategy; healthcare; human rights; achieving global goals.

Право на охрану здоровья – неотъемлемое право человека, без которого реализация остальных прав и даже обязанностей становится затруднительной. Человек, испытывающий проблемы со здоровьем, не получающий необходимой и своевременной медицинской помощи, не может осуществлять трудовую деятельность, тем самым не участвуя в экономической жизни государства, не может финансировать государственные расходы путем уплаты налогов, не может в полной мере пользоваться другими правами, например, правом на образование, в конце концов становится затруднительной самореализация человека как личности, что ведет к ухудшению не только физического, но и психического здоровья. Охрана здоровья является важнейшим показателем развитого государства.

Недаром право на охрану здоровья упоминается во всех важнейших с точки зрения защиты прав человека международных документах: Всеобщей декларации прав человека, Уставе ВОЗ, Международном Пакте о социальных, экономических и культурных правах и др. Современные конституции, в том числе Конституция Республики Беларусь, среди прочих прав, выделяют право человека на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В 2000 году в связи с вступлением человечества в новое тысячелетие на Саммите ООН, проходившем в Нью-Йорке, была принята «Декларация тысячелетия», представляющая собой план по достижению к 2015 году 8 целей развития на глобальном уровне. Республика Беларусь стала одним из 189 государств, подтвердивших участие в содействии выполнению плана и заявила о своей приверженности достижению Целей развития тысячелетия, сформулированных в данной Декларации, три из которых касались охраны здоровья, а именно сокращение детской смертности, улучшение охраны материнства, борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.

Миссия ООН/ПРООН в 2013 году констатировала достижение Беларусью данных Целей развития тысячелетия. Благодаря созданным условиям для рождения здоровых детей, уменьшения детской инвалидности, сокращения младенческой, детской и материнской смертности, за период 1990–2016 годов показатель материнской смертности в Беларуси уменьшился более чем в 18 раз: с 31,1 до 1,7 на 100000 живорожденных. По показателю младенческой смертности в 2016 году Республика Беларусь находилась на уровне развитых стран Европы (3,69 промилле) и опережает страны СНГ (9,34 промилле). Беларусь занимает 25-ю позицию в рейтинге самых комфортных для материнства стран. Отмечается снижение коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет, который к 2016 году сократился до 4,1 на 1000 родившихся живыми против 15,6 в 1990 году. Согласно докладу ЮНИСЕФ, за 2014 год у Беларуси лучший показатель в СНГ по уровню детской смертности. В соответствии с информацией ЮНФПА, по итогам 2014 года Беларусь заняла 1-е место в мире по снижению уровня материнской смертности и вошла в число 42 государств, в которых в 100% случаев роды принимаются квалифицированным медицинским персоналом [1, с. 1]. Правительство реализует активную политику по поддержанию системы здравоохранения на высоком уровне, сохранению высокого уровня охвата иммунизацией, поддержанию младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет на низком уровне, повышению выживаемости (75%) недоношенных детей с низкой массой тела.

В стране за годы реализации ЦРТ удалось добиться значительного ограничения распространения ВИЧ-инфекции. В 2016 году Республика Беларусь получила сертификат ВОЗ, фиксирующий полное предотвращение передачи ВИЧ-инфекции и сифилиса от матери к ребенку [2, с. 49].

Системой здравоохранения обеспечен всеобщий охват услугами здравоохранения, доступ к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, и вакцинам.

ЦРТ имели прогрессивное значение для решения глобальных проблем современности, включающих проблемы охраны здоровья и медицинской помощи. Поэтому целесообразным было продолжить работу над достижением глобальных целей совместными усилиями мирового сообщества. Поэтому в 2015 году 193 государства на Саммите в г. Нью-Йорк приняли Цели устойчивого развития, известные как «Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года». «Повестка – 2030» включает в себя 17 целей, и представляет собой более расширенную программу борьбы с глобальными проблемами современности, по сравнению с ЦРТ, и обращается к коренным причинам проблем и всеобщей необходимости развития, имеющей решающее значение для всего человечества. Документ основан на принципах универсальности, взаимосвязи и неделимости всех целей, а также инклюзивности, выраженной в участии представителей всех слоев общества, независимо от их расы, пола, этнической принадлежности или идентичности. По сути «Повестка 2030» является универсальным документом, который носит преобразующий характер и основан на принципах соблюдения прав человека.

Республика Беларусь выразила решительную поддержку реализации «Повестки – 2030» путем достижения всех Целей устойчивого развития (далее – ЦУР) и рассматривала ее как уникальную основу для новой глобальной политики в области устойчивого развития, которая призвана обеспечить реальный прогресс в борьбе с нищетой, голодом, детской смертностью, эпидемиями, изменением климата и иными вызовами современности, а также способствовать обеспечению мира и безопасности на планете [3, с. 3].

При реализации «Повестки-2030» в Республике Беларусь введены некоторые институциональные инновации, в числе которых – учреждение Указом Президента Республики Беларусь от 25 мая 2017 г. № 181 поста Национального координатора по достижению Целей устойчивого развития. Главными задачами координатора является анализ и оценка прогресса в достижении Республикой Беларусь ЦУР на основе системы национальных показателей, организация разработки системы национальных показателей выполнения ЦУР, развития и порядка проведения их мониторинга, содействие формированию государственной политики для достижения Республикой Беларусь ЦУР с учетом национальных приоритетов в экономической, социальной и экологической областях, информирование общественности по вопросам достижения ЦУР, участие в работе по реализации международных инициатив Республики Беларусь в области устойчивого развития и иные мероприятия по вопросам достижения Республикой Беларусь ЦУР.

Еще одним шагом на пути реализации ЦУР, обозначенных в «Повестке – 2030» стало формирование под руководством Национального координатора Национального совета по устойчивому развитию, который сформирован на базе руководства профильных органов государственного управления, а также Парламентской и Региональной групп по ЦУР; Партнерской группы устойчивого развития. Все это позволяет закрепить ответственность за выполнение ЦУР за определенными организациями, создает базу для сотрудничества и обмена информацией между ними, обсуждения прогресса в достижении ЦУР.

С точки зрения охраны здоровья, интерес представляет Цель устойчивого развития №3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

Координацию производства и мониторинга показателей ЦУР в Республике Беларусь обеспечивает Национальный статистический комитет Республики Беларусь (Белстат). В 2019 году Белстат представил показатели, отражающие устойчивое развитие Республики Беларусь [4, с. 8].

Что касается реализации права на здоровье в Республике Беларусь, опираясь на данные Белстат, можно сделать вывод, что за период с 2010 года выросла

продолжительность жизни населения. Выросло количество медицинского персонала на душу населения. В два раза сократилось заболеваемость туберкулезом и гепатитом В. Значительно снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний. Однако высокой остается смертность от раковых заболеваний и уровень ее вырос по сравнению с 2010 годом. Несмотря на некоторое улучшение показателей, на долю неинфекционных заболеваний сегодня приходится около 90% всех смертей. Отмечается тенденция к снижению употребления табака и алкоголя среди населения, хотя процент остается довольно высоким, в силу чего комплексной остается проблема профилактики вредных привычек и формирование мотивации здорового образа жизни.

На первый план здесь выходят вопросы профилактики, качественного и своевременного лечения и реабилитации пациентов, сокращение влияния на организм человека таких факторов риска, как табак, алкоголь, нерациональное несбалансированное питание, гиподинамия.

Основными мерами для улучшения здоровья населения являются: - охрана материнства и детства;

- предотвращение эпидемии основных инфекционных заболеваний;
- снижение уровня заболеваемости неинфекционными заболеваниями;
- обеспечение широкой информированности населения о факторах риска, угрожающих здоровью (курение, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание, недостаток физической активности);
- стимулирование здорового образа жизни, формирование у населения самосохранительного поведения.

Все это требует повышение качества и доступности услуг системы здравоохранения, формирование системы профилактики заболеваний, внедрение новых технологий в области репродуктивного здоровья, доступность безопасных и эффективных лекарственных средств, и вакцин. Их решение обеспечит продолжительную и здоровую жизнь граждан, качественное развитие человеческого потенциала страны.

Имплементация Республикой Беларусь ЦУР на национальном уровне, обеспечила формирование целостной стратегии устойчивого развития на основе принципа национальной ответственности, а также создание соответствующих институциональных механизмов [5, с. 8].

Ключевым программным документом, определяющим направления, которые предполагается реализовать к 2030 году является Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года (далее – НСУР). Данная стратегия предполагает устойчивое снижение преждевременной смертности по четырем основным группам неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета, болезней дыхательной системы) за счет создания единой профилактической среды и развития межведомственного взаимодействия, оснащение учреждений здравоохранения современными медицинскими изделиями и новыми лекарственными препаратами, внедрение в практику здравоохранения современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, создание систем обмена электронными медицинскими картами и электронными историями болезни, формирование системы Интернет-вызова служб скорой медицинской помощи, расширение источников финансирования здравоохранения, включая систему добровольного страхования медицинских расходов, а также выработка 38 материальных методов стимулирования населения в укреплении своего здоровья, формирование конкурентной модели деятельности учреждений здравоохранения всех форм собственности и развитого рынка медицинских услуг.

Вторым важным документом в данной области является принятая в декабре 2016 года Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы.

Согласно исследованиям ВОЗ здоровье человека более чем наполовину зависит от образа жизни, на 17-20 % от качества окружающей среды и только на 8-10 % от уровня медицинского обслуживания. В силу этого стратегической целью в области улучшения здоровья является создание государственного механизма поддержки здорового образа жизни, формирование высокого спроса на личное здоровье, обучение здоровому образу жизни, приоритетное финансирование программ, направленных на укрепление здоровья. В перспективе стратегия предполагает принятие Закона «О здоровом образе жизни» с введением в него положений, определяющих ответственность граждан за состояние своего здоровья; расширение рынка медицинских технологий и услуг [6, с. 78].

Подводя итог, можно сделать вывод, что Республика Беларусь добилась значительных результатов в реализации глобальных целей развития. Досрочное выполнение Целей развития тысячелетия свидетельствуют о масштабной работе, проведенной государством для улучшения общественного здоровья в Республике Беларусь. Снижение материнской и детской смертности, сокращение показателей подростковой беременности, снижение смертности от неинфекционных заболеваний, все это позволяет говорить об обеспечении государством всеобщего охвата услугами здравоохранения, доступе к безопасным, эффективным, качественным лекарственным средствам и вакцинам. Переоснащение учреждений здравоохранения новейшим медицинским оборудованием позволило существенно повысить уровень обеспеченности граждан ранее недоступными видами медицинских услуг. Большое значение оказывает профилактическая работа с населением, создание центров планирования семьи, бесплатных юридических консультаций, по вопросам поддержки материнства и детства, доступность информации о состоянии своего здоровья, формирование здорового образа жизни, путем развития физической культуры, спорта и туризма. Бесплатное медицинское обслуживание для граждан Республики Беларусь бесспорно оказывает положительное влияние на поддержание минимального уровня общественного здоровья, хотя и не всегда обладает всеми необходимыми ресурсами для лечения.

Актуальной остается проблема гиподинамии, злоупотребления алкоголем, табакокурение, небезопасный секс, отказ от вакцинации, ежегодной диспансеризации. В связи с этим введение на законодательном уровне ответственности граждан за свое здоровье является перспективным направлением на пути реализации глобальной цели улучшения общественного здоровья. Принятие Закона «О здоровом образе жизни», предложенным в Программе социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, с введением в него положений, определяющих ответственность граждан за состояние своего здоровья, создаст государственный механизм поддержки здорового образа жизни, сформирует высокий спрос на личное здоровье, создаст предпосылки для воспитания личной нравственной ответственности человека за сохранение своего здоровья, разработает и реализует правовой и экономический механизм обеспечения социальных условий для реализации стремления людей к позитивным изменениям в образе жизни, обратит внимание на переориентацию медицинской помощи на здоровье здорового человека.

Список литературы:

1. Страновая программа сотрудничества Правительства Республики Беларусь и Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) на 2016-2020 годы [Электронный ресурс]: Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) // Режим доступа: <http://www.unicef.by/uploads/models/2016/12/stranovaya-programma-yunicef-2016-2020-1.pdf>. – Дата доступа: 15.03.2019.
2. Достижение Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия: отчет / Минск: НИЭИ Мин. экономики Республики Беларусь, 2010. – 78 с.
3. Стартовые позиции Беларуси по достижению Целей устойчивого развития [Электронный ресурс]: сборник материалов // Режим доступа: http://mfa.gov.by/upload/GUMDI/SDG_start.pdf. – Дата доступа: 13.03.2019.

4. Беларусь на пути достижения Целей устойчивого развития 2019 [Электронный ресурс]: Национальный статистический комитет Республики Беларусь // Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by/upload/iblock/e34/e34be0ef972c134ac680a898dad22071.pdf>. – Дата доступа: 16.03.2019.

5. Национальный доклад Республики Беларусь об осуществлении Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [Электронный ресурс] : Организация объединенных наций // Режим доступа : <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16357Belarus.pdf>. – Дата доступа: 14.03.2019.

6. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 г. [Электронный ресурс]: Национальная комиссия по устойчивому развитию Респ. Беларусь // Режим доступа: http://un.by/images/library/thematic-publications/sustainable-development/OON_sMall_Rus.pdf. – Дата доступа: 13.03.2019.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Дюжева Елена Викторовна
научный сотрудник НИЦ-1 ФКУ НИИ ФСИН России,
г. Москва

Свинцов Александр Сергеевич
старший преподаватель кафедры уголовно-правовых дисциплин
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

NORMATIVE AND LEGAL ACTS OF QUALITY CONTROL AND SAFETY OF MEDICAL ACTIVITY IN HEALTH CARE OF PENAL SYSTEM OF RUSSIAN FEDERATION

Dyuzheva Elena Viktorovna
Research Scientist of Research Center No. 1 of the Federal State Institution Research
Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow

Svintsov Alexander Sergeevich
Senior teacher of department of criminal disciplines of the all-Russian state University of
justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье проведен обзор основных нормативно-правовых актов Российской Федерации, регламентирующих содержание экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности, применение их на практике в здравоохранении уголовно-исполнительной системы.

Ключевые слова: нормативно-правовое регулирование, качество медицинской помощи, безопасность медицинской деятельности, пенитенциарное здравоохранение.

ABSTRACT

In article the review of the main normative legal acts of the Russian Federation regulating the content of examination of quality and safety of medical activity, their application in practice in health care of penal system of Russia.

Keywords: legal regulation, quality of medical care, safety of medical activity, penitentiary health care.

Формирование системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также развитие эффективной системы управления качеством является одной из приоритетных задач современного здравоохранения, предусмотренной Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294. Внедрение системы контроля качества и безопасности при оказании медицинской помощи помогает организации улучшить показатели деятельности, повысить экономическую эффективность и способствует дальнейшему совершенствованию здравоохранения.

Для целей регулирования основных вопросов контроля качества и безопасности медицинской деятельности Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» (далее – ФЗ-323) регламентирует содержание таких понятий, как медицинская деятельность, медицинская помощь, качество медицинской помощи. При этом, четкой дефиниции «безопасность медицинской деятельности» не определено. Вместе с тем, согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» установлено, что *безопасность* – это «отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба», *медицинская деятельность* – «деятельность, направленная на оказание медицинских услуг», *оценка качества медицинской деятельности* – это «методика оценки качества выполнения медицинских услуг на основании утвержденных критериев». Таким образом, безопасность медицинской деятельности можно определить, как совокупность характеристик медицинской деятельности, отражающих отсутствие/наличие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба при оказании медицинских услуг [2].

По тексту ФЗ-323 также определено, что в отношении качества медицинской помощи проводится экспертиза, а в отношении качества и безопасности медицинской деятельности – контроль.

Согласно п. 1 ст. 64 ФЗ-323, экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи. На основании п. 2 ст. 64 ФЗ-323 для оценки КМП формируются критерии по группам заболеваний или патологических состояний. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – приказ МЗ РФ № 203н) группы таких критериев сформированы в соответствии с классом заболеваний и условиями оказания медицинской помощи - в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях.

В ходе контроля безопасности медицинской деятельности может оцениваться обеспечение безопасности (наличие/отсутствие недопустимого риска) при: выполнении медицинских вмешательств и оказании медицинских услуг, обращении медицинских изделий, лекарственных средств и медицинских отходов, выполнении требований инфекционной безопасности в медицинской организации, надлежащего уровня подготовки и квалификации медицинских кадров, а также – условий труда, применения и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации.

Формирование в структуре уголовно-исполнительной системы (УИС) медико-санитарных частей (МСЧ) Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН России) позволило интегрировать виды оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в местах лишения свободы (МЛС) (амбулаторной и стационарной) в структуре одного медицинского учреждения. Право на оказание медицинских услуг в таком учреждении, а именно – в МСЧ, предоставляется на основании лицензий на выполнение услуг при оказании первичной медико-санитарной и специализированной помощи, на проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания

медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности».

Наличие в МСЧ лицензии, предоставляющей право на оказание определенного вида медицинских услуг, предполагает и организацию контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, осуществляемой в учреждениях УИС.

Как в целом в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, контроль КМП и безопасности медицинской деятельности в МСЧ ФСИН России представлен трехуровневой системой государственного, ведомственного и внутреннего контроля [1].

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 (ред. от 30.11.2018) «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в МСЧ ФСИН России осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и Федеральной службой по труду и занятости. Для осуществления государственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, осуществляемой в учреждениях территориальных органов уголовно-исполнительной системы (УИС), территориальным органом Росздравнадзора и государственной инспекцией труда соответствующего региона ежегодно формируется план проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. Кроме этого, осуществляются внеплановые документарные и (или) выездные проверки, в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 26.12.2008 № 294-ФЗ (ред. от 14.10.2014) «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». По результатам проверки органом государственного контроля составляется соответствующий акт. В соответствии с актом контроля, выявленные нарушения требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в отношении лиц, содержащихся в МЛС, подлежат устранению в установленный органом государственного контроля срок.

Система ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждениях УИС, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, сформирована в соответствии с приказом директора ФСИН России от 27.05.2016 № 384 «О создании комиссии Федеральной службы исполнения наказаний по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности». Согласно приказу, основными задачами и функциями комиссии ФСИН являются подготовка предложений по реализации мероприятий, направленных на повышение уровня качества оказания медицинской помощи, улучшение основных показателей эффективности проводимой лечебно-профилактической работы, анализ результатов деятельности учреждений УИС. Выполнение основных задач и функций комиссией осуществляется в ходе проверок соблюдения подведомственными организациями порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, соблюдения безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению), соблюдения работниками, руководителями подведомственных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

Внутренний контроль КМП осуществляется путем экспертизы качества должностными лицами, назначаемыми приказом начальника МСЧ и лицами, входящими в состав врачебной комиссии (ВК) и врачебных подкомиссий. Экспертиза КМП в МСЧ включает следующие уровни контроля: 1-ый уровень – лечащий врач (фельдшер) – самоконтроль; 2-ой уровень – начальники отделений филиала МСЧ, начальник филиала

МСЧ и ВК филиала; 3-ий уровень – ВК филиала «Больница»; 4-ый уровень – центральная ВК МСЧ.

В качестве самоконтроля врач-терапевт (фельдшер) медицинской части проводит экспертизу законченных случаев лечения в стационаре и в амбулатории. В обязательном порядке проводит экспертизу всех случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования, расхождения диагнозов, ятрогенных осложнений лечения, превышения средних ориентировочных сроков лечения по конкретному заболеванию, жалоб пациентов на некачественное оказание медицинской помощи.

Второй уровень экспертного контроля осуществляется начальниками отделений филиала МСЧ, начальником филиала МСЧ и ВК филиала путем контроля случаев экспертизы качества предыдущего уровня и случаев, подлежащих экспертизе в ходе планового и целевого контроля.

На третьем уровне контроля членами ВК филиала «Больница» проводится оценка результатов экспертизы качества, выполненных в филиалах МСЧ, с оформлением протокола.

Центральной ВК МСЧ проводится заключительный контроль случаев экспертизы качества медицинской помощи 2-3 уровней и анализ решений, принимаемых ВК филиалов по экспертным случаям. Оценка результатов контроля представляется начальнику МСЧ ФСИН России для принятия управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи.

Таким образом показано, что контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пенитенциарном здравоохранении осуществляется на основании единой концепции системы оценки медицинской деятельности, регламентированной законодательством Российской Федерации, а содержание данного вида контроля формируется с учетом задач, стоящих перед пенитенциарным здравоохранением по сохранению здоровья лиц, содержащихся в местах лишения свободы [3].

Список литературы:

1. Дюжева Е.В. Правовое регулирование формирования оценки эффективности деятельности медицинских организаций //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2016. № 3. С. 34-36.
2. Литовкина М.И. Безопасность медицинской деятельности в спектре конституционно-правовых норм //Актуальные проблемы российского права. 2015. №5(54). С. 29-34.
3. Приклонский А.П. Актуальные проблемы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в уголовно-исполнительной системе //III Международный пенитенциарный форум «Преступление, наказание, исправление», Рязань, 21-23 ноября 2017 г. Рязань: Академия права и управления ФСИН России, 2017. С. 175-177.

МЕТАДОНОВАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: СОЦИАЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Дюжева Елена Викторовна
научный сотрудник НИЦ-1 ФКУ НИИ ФСИН России, г. Москва*

METHADONE REPLACEMENT THERAPY: SOCIAL AND LEGAL ASPECTS OF APPLICATION IN INSTITUTIONS OF PENAL SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены законодательные и медико-социальные аспекты возможности внедрения опиоидной заместительной терапии для реабилитации наркозависимых лиц в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Ключевые слова: нормативно-правовое регулирование, наркозависимость, наркотические средства, уголовно-исполнительная система.

ABSTRACT

In article, legislative and medico-social aspects of the possibility of introduction of opioid replacement therapy for rehabilitation of drug-addicted persons in institutions of penal system are considered.

Keywords: legal regulation, drug addiction, drugs, penal system.

Проблема необходимости внедрения опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для медицинской реабилитации лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы и страдающих наркотической зависимостью от опиоидов, широко дискутируется во всем мире. На сегодняшний день, в совместной позиции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) и объединенной программе Организации Объединенных наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) подчеркивается, что употребление наркотиков – одна из главных проблем, с которой сталкиваются пенитенциарные системы. В связи с этим, стратегия исправительных учреждений в отношении наркотиков должна включать программы заместительной фармакотерапии для заключенных, страдающих зависимостью от опиатов [1].

Одной из самых популярных форм ОЗТ является метадоновая поддерживающая терапия. Метадон (6-(диметиламино)-4,4-дифенилгептанон-3) — синтетический лекарственный препарат, относится к группе опиоидов. Связываясь с опиоидными рецепторами, оказывает на организм морфиноподобное действие. Впервые был синтезирован в Германии в 1937 году. В 1942 г. начался промышленный выпуск препарата, который использовался как анальгетик в эксперименте, а с конца 1940-х, после полноценных клинических испытаний, – в медицине. Важным его отличием стала эффективность при пероральном употреблении в виде таблетированных форм и жидкого сиропа [5]. Препарат хорошо усваивается организмом (биодоступность составляет от 80 до 95%), период его действия составляет от 25 до 35 часов, в некоторых случаях может достигать от 10 до 80 часов. Прекращение употребления метадона приводит к развитию синдрома отмены, острый период которого длится на протяжении месяца. Зависимость от препарата плохо поддается лечению.

Среди положительных эффектов ОЗТ, по данным научных исследований, отмечают: снижение нелегального оборота наркотических веществ среди осужденных в местах лишения свободы (МЛС), снижение процента инфицирования ВИЧ и гепатитами среди наркоманов, снижение процента противоправных действий и преступного поведения со стороны заключенных, употребляющих наркотические вещества в МЛС, уменьшение числа передозировок, снижение смертности среди инъекционных наркоманов, улучшение состояния здоровья наркозависимых, экономический эффект от применения ОЗТ в виде сокращения денежных средств затрачиваемых на преступность, связанной с оборотом наркотических средств, и снижения затрат на лечение от СПИДа и гепатита С [1].

Программы ОЗТ в настоящее время внедрены более, чем в 60 странах мира. По данным Европейского центра по мониторингу за распространением наркотиков и

наркомании (EMCDDA), в Европе в 2010 году было более 730 тысяч участников программ ОЗТ. Среди республик бывшего СССР программы используются на Украине, в Латвии, Литве, Эстонии, Грузии, Киргизии, Молдавии, Белоруссии, Казахстане, Армении, Азербайджане и Таджикистане [3].

В исправительных учреждениях Российской Федерации реабилитация наркозависимых лиц с помощью препаратов ОЗТ не проводится. Анализ возможностей внедрения ОЗТ в России показал, что для этого потребуется длительный подготовительный период.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 № 681 (ред. от 19.12.2018) «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (далее – Перечень) определено четыре списка наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Метадон (фенадон, долофин) входит в Список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых на территории Российской Федерации запрещен (далее – Список I Перечня).

В соответствии пунктом 6 статьи 31 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «О наркотических средствах и психотропных веществах» лечение наркомании наркотическими средствами запрещается.

Важно также указать, что наркотическое средство «метадон» не входит в государственный реестр лекарственных средств, зарегистрированных в порядке, установленном Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ). Государственная регистрация лекарственных препаратов осуществляется по результатам экспертизы лекарственных средств, согласно ст. 16 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ, которая включает экспертизу качества лекарственного средства и экспертизу отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата. Экспертиза основана на оценке результатов доклинического и клинического исследования лекарственного средства для медицинского применения в соответствии со ст. 11 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ.

При рассмотрении возможности применения ОЗТ в УИС необходимо учитывать и содержание Государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента от 09.06.2010 № 690 (ред. от 23.02.2018) «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года», согласно которой основные мероприятия по повышению эффективности и развитию наркологической медицинской помощи основаны на «недопущении применения в Российской Федерации заместительных методов лечения наркомании с применением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Списки I и II перечня наркотических средств, а равно легализации употребления отдельных наркотиков в немедицинских целях».

Помимо законодательных аспектов, возможность внедрения ОЗТ для реабилитации наркозависимых лиц, содержащихся в учреждениях УИС, подвергается серьезной дискуссии с медико-социальных и экономических позиций.

Несмотря на активное лоббирование этого вида терапии в пенитенциарных системах зарубежных стран, многими исследователями указывается на факт того, что метадон является, прежде всего, наркотическим средством, а значит речь идет не о лечении наркозависимости, а о замене одного наркотика на другой. «Формирующаяся в результате метадоновой зависимости характеризуется более тяжелым по сравнению с героиновой наркоманией течением с развитием тяжелых социальных и медицинских последствий как для самого больного, так и для общества в целом» [4].

Согласно позиции ВОЗ, эффективность лечения в рамках метадоновой терапии в пенитенциарных учреждениях может быть обеспечена только с учетом непрерывности лечения наркозависимых до заключения под стражу и после отбытия наказания [1]. Это

предполагает, что важно осуществлять преемственность в терапии ОЗТ в условиях медицинских учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. В связи с этим представляется также очевидным, что перспективы внедрения метадоновой программы сначала в пенитенциарной системе России, а затем дальнейшая необходимость ее внедрения в масштабах всей страны (для обеспечения преемственности и непрерывности лечения), превращают рынок России в один из «лакомых кусков» для иностранных фармацевтических компаний, а также могут способствовать увеличению объема незаконного оборота этого средства на рынке наркоторговли.

Таким образом, внедрение ОЗТ для реабилитации наркозависимых лиц, содержащихся в учреждениях ФСИН России, на сегодняшний день не представляется возможным. Этому препятствуют, прежде всего, особенности российского законодательства, определяющие запрет на оборот наркотического средства «метадон», а также логическая необходимость первоначального внедрения метадоновой терапии в общественном здравоохранении страны. Вместе с тем, ежегодный рост числа лиц, осужденных за наркопреступления и увеличение доли наркозависимых в учреждениях УИС [2], положительные эффекты ОЗТ для пенитенциарных систем и общества в целом, декларируемые ВОЗ, позволяют рассматривать приемлемость этого метода медицинской реабилитации наркозависимых с учетом изменяющихся тенденций и потребностей российского общества.

Список литературы:

1. ВОЗ. Здоровье в исправительных учреждениях /под ред. St. Enggist и др. Вена, 2015. 205 с.
2. Ганишина И.С., Ушатиков А.И. Психолого-педагогическое сопровождение наркозависимых осужденных: анализ проблемы, опыт и перспективы исследования // Прикладная юридическая психология. 2016. № 4. С. 36-41.
3. Заместительная терапия и программы снижения вреда в России и мире [Электрон. ресурс]. Режим доступа: <https://ria.ru/20120907/745278727.html>.
4. Краснов В.Н. Нет метадоновым программам в России! (Их нельзя рассматривать в качестве платформы для лечения) /В.Н. Краснов, Н.Н. Иванец, Т.Б. Дмитриева, А.С. Кононец, А.С. Тиганов // Наркоконтроль. 2006. № 2.
5. Шурова Э.Э., Белова М.В., Смирнов В.В. Метадон и метадоновая программа //Разработка и регистрация лекарственных средств. 2017. № 3(20). С. 198.
6. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, et al. Mortality risk during and after opioid substitution therapy: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*. 2017; 357: j1550.
7. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2000; 58:165-72.
8. Hedrich D et al. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, 2012, 107(3): 501–515.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ БИОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ В АСПЕКТЕ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Емельянов Алексей Сергеевич

Судебно-медицинский эксперт Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики,

USE OF A TECHNIQUE FOR DETERMINATION OF PRESCRIPTION OF APPROACH OF DEATH BASED ON CHANGE OF AN ELECTRIC IMPEDANCE OF PERIPHERAL NERVES

Yemelyanov Alexey Sergeevich

Judicial the medical expert of Budgetary Institution of Health care "The bureau judicial medical examination" the Ministries of Health of the Udmurt Republic, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье приводится методика определения изменения электрического сопротивления периферических нервов конечностей трупа, как критерий для определения давности наступления смерти. Данный метод позволяет определять давность наступления смерти в позднем посмертном периоде.

Ключевые слова: электрическое сопротивление, периферические нервы конечностей, давность наступления смерти.

ABSTRACT

The technique of definition of change of electrical resistance of peripheral nerves of extremities of a corpse as criterion for determination of prescription of approach of death is given in article. This method allows to define prescription of approach of death in the late posthumous period.

Keywords: electrical resistance, peripheral nerves of extremities, prescription of approach of death.

Обнаружение трупа - это всегда происшествие. При этом всегда имеется необходимость его осмотра на месте обнаружения с составлением протокола осмотра места происшествия. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения в соответствии со ст. 178 УПК Российской Федерации производит следователь в присутствии понятых с участием врача обладающего специальными познаниями, судебно-медицинского эксперта, а при его отсутствии иного врача. Участие врача не освобождает следователя от обязанности лично вести осмотр. Вся ответственность за ход и результаты осмотра трупа лежит на следователе, так как исследуемые и фиксируемые факты, выявленные при осмотре, не могут быть восполнены при судебно-медицинской экспертизе трупа. Цель осмотра: установить личность потерпевшего; время и способ причинения смерти; получить данные о лицах, причастных к расследуемому событию. Судебно-медицинский эксперт при осмотре трупа имеет возможность, при необходимости, для изъятия микрочастиц с рук и открытых участков тела, которые могли соприкасаться с преступником, местами убийства или хранения трупа; внутреннее содержимое полостей носа, рта, ушных раковин, смывы с половых органов, прямой кишки. Все изъятые объекты передаются следователю, который в дальнейшем имеет возможность для исследования их путем назначения различных экспертиз. Затем осмотру подвергаются предметы, находящиеся на трупе и рядом с ним. Рекомендуется сохранить в неизменном положении узлы веревки, на которой висел труп. После осмотра всех предметов, находящихся на трупе и вблизи него, осмотру подвергается ложе трупа. Исследованию подвергается также грунт для сопоставления его с частицами грунта на одежде и теле трупа. В соответствии со ст. 58 УПК Российской Федерации специалист, в конкретном случае — врач привлекается к участию в осмотре места происшествия, в том числе и с целью оказания содействия в постановке вопросов для последующего разрешения их путем производства судебно-медицинской экспертизы. При назначении судебно-медицинской экспертизы трупа во всех случаях обязательному разрешению подлежат следующие вопросы: 1. Какова

причина смерти? 2. Какова давность наступления смерти? 3. Какие повреждения имеются на трупе? 4. Наличие алкогольного опьянения?

Ответы на вопросы о причине смерти, наличии телесных повреждений формируются непосредственно при секционном исследовании трупа, вопрос о наличии алкоголя в крови и моче помогает определить судебно химическое исследование. Ответ на вопрос о давности наступления смерти для судебно-медицинского эксперта может представлять определенную сложность, так как развитие признаков, на которые опирается врач, может протекать по-разному, в зависимости от окружающей обстановки, температуры окружающей среды, ее колебаниях за время, прошедшее с момента смерти до обнаружения трупа, месте расположения трупа, влажности, одежды находящейся на трупе. При осмотре эксперт отмечает развитие и выраженность трупных пятен, трупного окоченения, и температуру у трупа. Все эти признаки развиваются в ранний посмертный период и по развитию этих признаков давность смерти можно определить с некоторой точностью в течении 2-х суток. В дальнейшем после формирования трупных пятен, разрешения трупного окоченения и остывания трупа, с появлением трупной зелени и появлении яиц и личинок насекомых в теплое время точность определения давности смерти носит относительный характер.

В период поздних трупных изменений давности смерти определяют на основании оценки морфологической формы и степени выраженности трупных явлений таких как гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление, а также результатов энтомологического исследования. Естественно точность определения давности смерти значительно уменьшается.

Для возможности более точного определения давности смерти, и особенно в поздний посмертный период предлагаются различные методы, основанные на регистрации протекающих процессов аутолиза (разложения) тканей трупа. Изучением электропроводности и электрического сопротивления тканей для решения некоторых судебно-медицинских задач занимались с 50-х годов прошлого столетия, однако только к 70-м, их спектр расширился, и не только по решаемым вопросам, но и методикам и объектам исследования и тенденции указанного направления актуальны и в настоящее время.

Одним из них является метод, основанный на изменении электрического сопротивления биологических тканей трупа, а именно нервов конечностей. Биофизические свойства периферического нерва благодаря своему строению и локализации способны сохраняться длительное время, тем самым увеличивая временной интервал для применения данного метода. Также метод импедансометрии позволяет применение при обнаружении отдельных частей трупа в случае его расчленения. В проводимых исследованиях рассматривается давность наступления смерти до 2-х месяцев при исключении замораживания объектов. Для исследования изымается фрагмент нерва длиной до двух сантиметров, он сразу пригоден для исследования. Для измерения разработан портативный прибор, «измеритель импеданса биологических тканей», на базе производственного объединения ООО ИРЗ-Локомотив «Ижевский радиозавод». Прибор позволяет проводить измерения электрического сопротивления на частотах 100Гц, 1кГц, 10кГц и 100кГц. С помощью игольчатого датчика производится измерение электрического сопротивления (импеданса). Прибор позволяет непосредственно на месте происшествия произвести необходимые измерения. Полученный результат в виде величины электрического сопротивления возможно сразу, путем экспресса метода, интерпретировать в ориентировочный срок давности наступления смерти, путем сравнения и определения точек пересечения с графическим изображением определенной ранее динамики изменения электрического сопротивления во времени. В дальнейшем полученный результат возможно подвергнуть математическому анализу, при помощи которого возможен более точный ответ на поставленный вопрос о давности наступления смерти.

Таким образом, судебно медицинский эксперт на месте происшествия, имея определенные технические средства, может помочь следователю, не только с получением

предварительной информации о вероятной причине смерти, наличии телесных повреждений, но и о давности наступления смерти. Особенно в позднем посмертном периоде.

Список литературы:

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 21.07.2014), (с изм. и доп., вступ. в силу с 06.08.2014) // «Российская газета», № 249, 22.12.2001.
2. Алымов Д.В. Проблемы правового регулирования экспертной деятельности при производстве атрибуции трупа // Уголовное судопроизводство. 2011. № 1.
3. Долгова О.Б. К проблеме обоснованности вывода о давности наступления смерти // Российский юридический журнал. 2012. № 1.
4. Семенов Е.А. Участие специалиста в осмотре трупа: пути совершенствования законодательства // Эксперт-криминалист. 2009. № 1.
5. Величина электрического сопротивления седалищного нерва как критерий диагностики давности смерти. / Емельянов А.С., Прошутин В.Л., // Медицинская экспертиза и право. М., 2012. - №2. – с.29-30.
6. Диагностика давности смерти по величине электрического сопротивления срединного нерва. / Прошутин В.Л., Емельянов А.С. // Медицинская экспертиза и право. М., 2012. - №1. – с.35-36.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ, УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ)

Ильин Александр Валентинович
старший преподаватель кафедры уголовно-правовых дисциплин
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

LEGAL LIABILITY MEDICAL SPECIALISTS (CRIMINAL LAW, CRIMINAL PROCEDURE ASPECTS)

Ilin Alexandr Valentinovich
Senior teacher of department of criminal disciplines of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье анализируются вопросы юридической ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей в рамках уголовного процесса. Обосновывается вывод о необходимости совершенствования уголовно-процессуального законодательства.

Ключевые слова: юридическая ответственность, уголовная ответственность, дефект медицинской помощи, подследственность/

ABSTRACT

This article analyzes the issues of legal liability of medical specialists for the inadequate performance of their professional duties in the framework of the criminal process. The conclusion about the need to improve the criminal procedure legislation is substantiated.

Keywords: legal liability, criminal liability, defect of medical care, jurisdiction

Наличие негативных процессов в обществе в целом предполагает наличие таковых и в отдельных социальных группах. Необходимо исходить из того, что ошибки, в том числе элементы противоправного поведения свойственны лицам, работающим в различных сферах деятельности.

Не являются исключением и медицинские работники, призванные реализовывать одну из важнейших государственных задач по охране и укреплению здоровья населения, оказанию квалифицированной медицинской помощи (ст. 41 Конституции Российской Федерации) [1].

В соответствии со ст. 98 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. При этом возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации [2].

В зависимости от серьезности допущенных ошибок они могут явиться основанием для привлечения медицинского персонала к различным видам юридической ответственности: гражданско-правовой, административной, дисциплинарной и уголовной.

Уголовная ответственность медицинских работников – процессуальное понятие, которое предполагает вынесение в отношении лица постановления о привлечении его в качестве обвиняемого или обвинительного акта.

Для принятия такого решения в рамках досудебного производства необходимо доказать, что врачом допущена ошибка, ухудшилось состояние пациента, между предпринятыми ошибочными мерами и наступившими последствиями наличествует причинная связь.

Следует учесть, что уголовная ответственность по большинству статей УК России наступает только в случаях причинения действиями (бездействием) врача тяжкого вреда здоровью больного либо причинения смерти (ст. 109 и 118 УК России), за исключением ч. 1 ст. 124 УК России, предусматривающей причинение средней тяжести вреда. Причинение вреда по неосторожности не освобождает от уголовной ответственности.

Вина врача, может выражаться в несвоевременном оказании помощи, ошибочной оценке данных анамнеза и тяжести заболевания, недостатках в обследовании, повлекших установление неправильного диагноза. Указанные действия рассматриваются как дефекты медицинской помощи. Из содержания Федерального закона № 323-ФЗ (п. 4 ст. 10, «Доступность и качество медицинской помощи», а также ст. 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи») вытекает определение дефекта медицинской помощи как несоблюдения стандартов, правил и нарушения порядков оказания медицинской помощи.

Наиболее распространенными составами преступлений УК России, применяемыми к врачам, выступают статьи 124 (неоказание помощи больному); 109 (причинение смерти по неосторожности); 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности); 238 (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности); 293 (халатность).

При расследовании дел о профессиональных нарушениях медицинских работников следователь сталкивается со сложностями в юридической квалификации действий (бездействия) медперсонала. Проблема уголовной ответственности за профессиональные правонарушения — одна из самых сложных, которую медицинская практика поставила перед правом. Основная сложность заключается в установлении вины, то есть умысла или неосторожности лица, совершившего общественно опасное деяние. Трудно установить причины смерти больного и выявить, могло ли правильное лечение предотвратить неблагоприятный исход.

Расследование таких дел невозможно без назначения судебно-медицинской экспертизы, направленной на установление обоснованности и полноты лечебных мероприятий, соблюдения инструктивных указаний и разрешения других вопросов, а также причинно-следственная связь между допущенными правонарушениями, смертью или полученным вредом.

При этом серьезной проблемой является отсутствие независимой судебно-медицинской экспертизы вследствие подчиненности бюро СМЭ департаментам здравоохранения и корпоративности в медицинской среде. В качестве решения предлагается создание федеральной экспертной службы, не подчиняющейся Министерству здравоохранения [3].

В соответствии со статьями 150, 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации указанные преступления подследственны как следователям Следственного комитета Российской Федерации (ст.ст. 109, 238, 293), следователям органов внутренних дел (ст. 118), так и органам дознания (ст. 124).

Ввиду сложности и специфики расследования уголовных дел, совершенных медицинскими работниками, представляется целесообразной передача дел данной категории в подследственность одного органа предварительного следствия: Следственный комитет или следственные подразделения органов внутренних дел. Это позволит обеспечить квалифицированную подготовку следователей и их специализацию на расследовании преступлений рассматриваемой категории.

Кроме того, согласно информации официального представителя Следственного комитета Российской Федерации, лишь 10% уголовных дел, расследуемых в Российской Федерации в отношении врачей, доходят до суда, в 90% случаев подтверждается их невиновность. Число обращений в Следственный комитет на ошибки или ненадлежащие действия врачей и медработников за шесть лет выросло более чем втрое (с 2 и более тыс. в 2012 году до 6 тыс. и более - в 2017 году) [4].

Несмотря на проведение проверок по большинству таких обращений и принятие в ряде случаев решений об отказе в возбуждении уголовных дел, как показывают цифры, «результативность» следствия крайне низка. Это существенно затрагивает интересы медицинских работников, оказывая на них серьезное моральное, психологическое воздействие, а в рамках проведения следственных действий - и конституционные права граждан.

Вопреки требованиям УПК России, предусматривающим в качестве основания для возбуждения уголовного дела – наличие достаточных данных, указывающих на признаки преступления (ч. 2 ст. 140), такие решения зачастую принимаются поспешно, мотивируются общественным резонансом произошедшего события, обусловлены нередко узковедомственными интересами, связанными с необходимостью «оперативного» реагирования на поступившие жалобы пострадавших, их близких родственников. При этом процессуальная стадия возбуждения уголовного дела фактически одномоментно не разрешает стоящих проблем.

Уголовно-процессуальный закон (ст. 144 УПК) предоставляет достаточные полномочия для проведения всесторонней доследственной проверки, включая проведение таких следственных действий как назначение судебных экспертиз, осмотра места происшествия, документов, предметов, трупов, освидетельствование до возбуждения уголовного дела, возможности привлечения органа дознания для проведения оперативно-розыскных мероприятий. Необходимо шире использовать предоставленные полномочия.

Определенным пробелом УПК выступает отсутствие возможности продления срока такой проверки свыше одного месяца (ч. 3 ст. 144 УПК). Нередко исполнители на практике выходят из положения путем вынесения необоснованных без обеспечения полноты проверки решений об отказе в возбуждении уголовных дел с последующим инициированием отмены такого решения вышестоящим руководителем или прокурором с установлением дополнительного срока проверки.

Таким образом, оптимизации деятельности органов предварительного следствия по расследованию преступлений, совершаемых медицинскими работниками, послужат следующие мероприятия:

- по каждому случаю смерти пациента, причинению вреда его здоровью, связанным с оказанием медицинской помощи, предусмотреть проведение всесторонней проверки с использованием всего комплекса мероприятий и процессуальных действий,

- предусмотреть проведение экспертиз в независимом от органов здравоохранения центре судебно-медицинских экспертиз;

- внести изменения в ст.ст. 150, 151 УПК России, передав составы профессиональных преступлений медицинских работников в последственность органа предварительного следствия одного ведомства;

- узаконить проведение объемных, сложных проверок свыше одного месяца;

- обеспечить ужесточение ведомственного процессуального контроля и прокурорского надзора за практикой возбуждения уголовных дел в отношении медицинских работников, а также полнотой проводимых доследственных проверок.

Указанные меры позволят продвинуться по пути совершенствования деятельности следственного аппарата по расследованию уголовных дел в отношении медицинских работников, сократить число фактов их необоснованного привлечения к юридической ответственности, включая факты уголовного преследования и необоснованного осуждения.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации, [электронный ресурс]. Режим доступа. URL: <http://www.constitution.ru> (дата обращения 24.03.2019).

2. Федеральный закон, 21 ноября 2011, № 323-ФЗ, [электронный ресурс]. Режим доступа. URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения 24.03.2019).

3. Багмет А.М., Черкасова Л.И. Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников, [электронный ресурс] — Режим доступа. URL: <http://www.отрасли-права.artikle/5402> (дата обращения 24.03.2019).

4. СК: в 90% расследований в отношении врачей подтверждается их невиновность [электронный ресурс]. Режим доступа. URL: <http://www.tass.ru/obschestvo/5387580> (дата обращения 24.03.2019).

ИСТОРИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСА «ГТО» КАК ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Зашихин Валерий Сергеевич

*кандидат педагогических наук, доцент кафедры физической культуры и
специальной подготовки ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

HISTORICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE TRP COMPLEX AS THE BASES OF HEALTHY LIVING

Zashikhin Valery Sergeevich

*Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of
Physical Culture and
Special training of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Актуальность темы данной статьи заключается прежде всего в необходимости воспитания здорового поколения. Привития у детей, молодежи и взрослого населения потребности к занятиям спортом и здоровому образу жизни. Комплекс ГТО является государственной программой, которая помогает всем слоям населения нашей страны повысить свой физический уровень, состояние здоровья, а значит и уровень работоспособности в масштабах всей страны.

Ключевые слова: подрастающее поколение; спорт; физическая культура; здоровый образ жизни; комплекс «готов к труду и обороне»; нормативно-правовая база.

ABSTRACT

The relevance of the topic of this article lies primarily in the need to cultivate a healthy generation. Promoting in children, young people and adults the need for sports and a healthy lifestyle. The TRP complex is a state program that helps all segments of the population of our country to improve their physical level, health status, and hence the level of efficiency throughout the country.

Keywords: younger generation; sport; physical culture; healthy lifestyle; complex “ready for work and defense”; regulatory framework.

На современном этапе особую актуальность при воспитании подрастающего поколения имеет формирование привычки у детей к здоровому образу жизни (ЗОЖ). Данная необходимость обусловлена, в первую очередь, большим числом негативных факторов, воздействующих на ребенка в период обучения в школе – значительными умственными нагрузками, длительным временем, проводимым ребенком в сидячем положении, проблемами с организацией режима питания, режима труда и отдыха. Перечисленные факторы достаточно негативно сказываются на общем уровне здоровья подрастающего поколения [4].

Одним из критериев слабой готовности студентов к профессиональной деятельности, является недостаточный уровень физической и психологической подготовки [5].

Внедрение концепции комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в стране может стать одним из механизмов внедрения ЗОЖ для всех его жителей.

Комплекс ГТО позволяет популяризовать физическую культуру, сделать акцент на ней, как на неотъемлемой части жизни. Это особенно важно сегодня, когда в СМИ происходит стихийная популяризация «нездорового» образа жизни (реклама вредных продуктов питания, алкогольных напитков и т.д.) [1].

Также подготовка к сдаче ГТО позволяет формировать у человека привычку к систематическим физическим нагрузкам организуемым самостоятельно, что положительно скажется не только на здоровье, но и на дисциплинированности [3].

Огромным положительным условием комплекса ГТО, как инструмента формирования здорового образа жизни является наличие в комплексе нескольких ступеней, достижение которых происходит последовательно, по мере взросления человека[2].

При подготовке к сдаче комплекса ГТО последующей ступени в процессе физического воспитания формируется воля к преодолению трудностей. Кроме того, человек в данном процессе может самостоятельно планировать собственную систему физических упражнений, обеспечивающих достижение цели[2]. Система ГТО прививает

навык самостоятельного планирования собственного здорового образа жизни, в аспектах режима дня, физических упражнений, системы здорового питания для достижения цели [4].

В СССР После Великой Октябрьской Революции начинается история развития комплекса «ГТО к труду и обороне». Душевный подъем советских людей и их тяга к новому проявлялась во все сферах. Спорт не является исключением.

Комплекс «ГТО» как программная и нормативная основа физического воспитания населения развивает умение устойчиво концентрировать и переключать внимание, быстроту реакции, а также смелость, решительность, выдержку, находчивость, волю и другие важные духовные качества личности. Программа объединяет в систему разнообразные средства и методы, направленные на совершенствование физических и тесно связанных с ними духовных и интеллектуальных сил человека, [6]. «ГТО» решает 2 главные задачи — повышение общего уровня здоровья населения, и создание определенной прослойки в обществе, всегда готовой к военным обороне.

Советское правительство пришло к выводу, что здоровый человек лучше нездорового. Это послужило поводом для пересмотра нормативов «ГТО» в 1972 году. Теперь основной упор делался не на подготовку солдат, а на поддержание хорошей физической формы человека [7]. С 1974 года организовывались чемпионаты СССР по «ГТО».

С развалом СССР программа по развитию физической подготовке и поднятию духа бойца была остановлена. Однако возрождение произошло. В марте 2014 года вышел соответствующий указ Президента Российской Федерации. Прежнюю аббревиатуру решено было оставить в знак уважения к традициям прошлого.

Планировалось комплекс распространять по всей территории России, задействовав все возрастные группы. А с 2015 года комплекс является критерием для поступления в вузы. На внедрение полной системы потребуется около четырех лет.

Президент России Владимир Путин отмечает, что комплекс «ГТО» прививает детям спортивные навыки и любовь к физкультуре, значит время, потраченное на развитие комплекса, задействовано правильно и с пользой для жителей. На сегодняшний день комплекс немного видоизменен. Среди нормативов исключены силовые, как это было в СССР. Вместо этого включена легкая атлетика, лыжные гонки, плавание, пулевая стрельба и туризм — они предоставляют учащимся право самим выбрать пять испытаний для сдачи. Современные нормы представляют собой 11 ступеней для разных возрастных групп. Кроме того, существуют отдельно нормативы для мужчин и женщин [8].

По данным статистики Миниспорта, в Удмуртии уже в 2014 г. нормы сдали 9 500 человек. Из них 7 тысяч - школьники 11-12 и 13-15 лет. 32 ребенка получили золотые значки, 300 – серебряные и 540 – бронзовые. 8 человек в августе того же года представили Удмуртию на первом фестивале в Белгороде. Команда заняла первое место в общекомандном зачете, опередив ребят из 75 регионов страны.

С 1 января 2015г. открыты центры тестирования во всех районах республики, для сдачи норм ГТО.

Сдача норм ГТО не обошла стороной и чиновников Удмуртии.

- Проведено тестирование для работников министерств и ведомств Удмуртии 7 октября в рамках спартакиады государственных и гражданских служащих. 97 участников выполнили норматив.

По словам заместителя министра - начальника отдела социальных программ и профилактики Минспорта Удмуртии Дмитрия Гаврикова, сдача норм превратилась в целый спортивный праздник.

В сдаче норм принимали участие действующие министры и их заместители. Госслужащие могли и пострелять из пневматической винтовки.

В 2016 году ГТО сдавали и старшеклассники республики.

28 февраля 2016г. в Удмуртии зарегистрировали 40-тысячного участника тестирования на выполнение норм Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне». Им стала девушка из Можги, заявившаяся на III ступень.

Всего в Удмуртии организована работа 31 муниципального тестирования на выполнение норм ГТО. В 2016 году тесты в республике сдавали 10 855 человек, 4 664 из них нормативы покорились. В этом же году республика была одной из 12 российских территорий, где организовали тестирование физической подготовленности взрослого населения региона.

С 31 марта 2017 года в Удмуртской Республике начал свою работу первый Региональный Центр тестирования ВФСК ГТО, открывшийся на базе Удмуртской республиканской организации «Динамо». К Республиканскому центру тестирования привязана отличная спортивная база: стадион «Динамо», плавательный бассейн «Динамо» и, для выполнения зимних видов испытаний, лыжный спортивный комплекс «Искра».

В октябре 2018 г. впервые в Удмуртии стартовал Региональный этап Всероссийского молодежного проекта по пропаганде и вовлечению студентов в подготовку и выполнение нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО «От студзачета к знаку отличия ГТО» Участники в составе сборных команд вузов выполняли нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО в соответствии с VI возрастной ступенью государственных требований.

В соревнованиях принимали участие более 1000 студентов всех ВУЗов Удмуртии. Вышеизложенная информация свидетельствует о том, что наша республика является флагманом развития и внедрения комплекса ГТО во всех слоях населения.

Комплекс ГТО - это полноценная программная и нормативная основа физического воспитания населения страны, нацеленная на развитие массового спорта и оздоровление нации, предусматривает подготовку к выполнению и непосредственное выполнение населением различных возрастных групп (от 6 до 70 лет и старше) установленных нормативных требований по трем уровням трудности, соответствующим золотому, серебряному и бронзовому знакам отличия «Готов к труду и обороне» (ГТО).

В Нормативно-правовую базу, регулирующую внедрение комплекса ГТО входит:

Указ Президента Российской Федерации от 24.03.2014 г. № 172 «О Всероссийском физкультурно-оздоровительном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)».

Указ Президента Российской Федерации от 28 июля 2014 г. N 533 «Об использовании Государственного герба Российской Федерации на знаках отличия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)».

Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 5 октября 2015 г. N 274-ФЗ).

Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 302 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта».

Постановление Правительства Российской Федерации от 11.06.2014 г. № 540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-оздоровительном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 1533 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию мероприятий по поэтапному

внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в рамках подпрограммы «Развитие физической культуры и массового спорта» государственной программы Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта».

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.06.2014 г. № 1165-р «Об утверждении плана мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 08.07.2014 г. № 575 «Об утверждении государственных требований к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

Приказ Минспорта России от 18.02.2015 г. № 144 «Об утверждении Порядка награждения граждан Российской Федерации знаками отличия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) и присвоения им спортивных разрядов» (зарегистрирован в Минюсте России 09.04.2015 г. за № 36788)

Приказ Минспорта России от 01.12.2014 г. № 954/1 «Об утверждении Порядка создания Центров тестирования по выполнению видов испытаний (тестов), нормативов, требований к оценке уровня знаний и умений в области физической культуры и спорта и положения о них».

Приказ Минспорта России от 19.08.2014 г. № 705 «Об утверждении образца и описания знака отличия Всероссийского физкультурноспортивного комплекса».

Приказ Минспорта России от 1 февраля 2016 г. № 70 «Об утверждении методических рекомендаций по организации судейства мероприятий Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)».

Приказ Минспорта России от 20 ноября 2015 г. № 1067 «Об утверждении формы бланка удостоверения о награждении знаком отличия Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)», (зарегистрировано в Минюсте России 17 декабря 2015 г. № 40149) [4]

В этой связи правомерно говорить о том, что комплекс ГТО является достаточно эффективным средством не только организации здорового образа жизни гражданина Российской Федерации, закрепленном на высшем законодательном уровне, но и важным элементом формирования навыка самостоятельной организации для себя, здорового образа жизни, что является одним из ключевых навыков современного человека.

Список литературы:

1. О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО): Указ от 24 марта 2014 г., № 172 / Президент Российской Федерации // Сборник официальных документов и материалов. – 2014. – № 3. – С. 34.

2. О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта»: Постановление от 16 августа 2014 г., № 821 / Правительство Российской Федерации // Сборник официальных документов и материалов. – 2014. – № 9. – С. 1030.

3. Андрианов М.В. «Анализ структуры подготовленности современных выпускников начальной школы» / М.В. Андрианов // Физическая культура: образование, воспитание, тренировка. – 2014. – № 5. – С. 75-77.

4. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) / Минспорт России - Казань: 2015. – 218 с.

5. Поторочин А.Г. Формирование готовности студентов к служебной деятельности // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - № 12 (166) - 2018. - С.191 - 195.

6. Горбунов В. В.: Все на старты ГТО. — М.: Физкультура и спорт, 1978.-С.27-28.

7..Харабуга Г. Д.: Всесоюзный физкультурный комплекс ГТО. — Л.: Знание, 1976.

8..Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО) — путь к здоровью и физическому совершенству / А. В. Царик — «Спорт», 2016

БОРЬБА С КОРРУПЦИЕЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ

Калугин Станислав Станиславович

кандидат юридических наук, доцент

г. Ижевск

FIGHT AGAINST CORRUPTION IN MEDICINE

Kalugin Stanislav Stanislavovich

PhD in Law, Associate Professor, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В работе рассматриваются особенности коррупционного поведения медицинского работника. Уточняются коррупционные действия, параллельно рассматриваются формы коррупции, совершаемые медицинскими работниками. Вносятся ряд предложений по профилактике коррупции в сфере медицины.

Ключевые слова: коррупция, взятка, вымогательство, медицинский работник, пациент, подделка документов, лекарственные препараты, рецепты.

ABSTRACT

The paper discusses the features of the corrupt behavior of a medical worker. Clarifying corruption actions, in parallel, the forms of corruption committed by medical workers are considered. Make a number of proposals for the prevention of corruption in the field of medicine.

Keywords: corruption, bribe, extortion, medical worker, patient, falsification of documents, drugs, recipes.

Наиболее болезненно гражданами воспринимаются взятки, вымогательство и другие злоупотребления коррупционного характера в сфере здравоохранения, потому что в массовом сознании профессия врача ассоциируется с бескорыстным и самоотверженным служением людям, а здоровье является фундаментальным человеческим благом, без которого многие иные ценности утрачивают свой смысл. При этом речь идет уже не столько о мелких взятках в виде подношений врачам за лечение, сколько об участившихся в последние годы более опасных коррупционных проявлениях.

Максимова Л.В. в частности отмечает, что распространены случаи искусственного создания «дефицита» оказания медицинских услуг, когда люди, нуждающиеся в определенных видах исследования, вынуждены ждать их проведения месяцами. В то же время за определенную плату эти исследования осуществляются в оперативном порядке. При этом подобного рода оплата медицинских услуг далеко не всегда гарантирует их качество [4].

Далее она выделяет несколько наиболее типичных видов коррупции в здравоохранении:

1. Растрата и расхищение средств, выделенных на здравоохранение, или доходов, полученных за счет платежей со стороны потребителей. Это может происходить как на государственном и местном уровнях, так и непосредственно в медицинских учреждениях, получающих такие средства. Лекарства, другие ресурсы и оборудование медицинского назначения расхищаются для личного пользования, использования в частной практике или в целях дальнейшей перепродажи.

2. Коррупция в сфере государственных закупок. Вовлеченность в различные сговоры, взяточничество и получение «откатов» в сфере государственных закупок приводит к переплатам за получаемые товары и услуги или к невозможности обеспечения качества, обусловленного контрактами для таких товаров и услуг. Также расходы больниц могут включать значительные затраты на капитальное строительство и приобретение дорогостоящего оборудования.

3. Коррупция в платежных системах. Здесь коррупционные действия могут включать бесплатное обслуживание, подделку страховых документов или использование средств медицинских учреждений в интересах тех или иных привилегированных пациентов; выставление незаконных счетов страховым компаниям, государственным органам или пациентам в отношении не входящих в соответствующие перечни или вовсе не оказанных услуг в целях максимизации доходов; подделка счетов, квитанций, расходных документов или учет фиктивных пациентов. Кроме того, возможны и такие формы коррупции, как: развитие собственного бизнеса за счет создания финансовых стимулов или выплаты «откатов» врачам за направление пациентов в ту или иную организацию для покупки лекарства в соответствующую аптеку или направление на обследование в соответствующую медицинскую организацию, где обязательно спросят Ф.И.О. врача, а чаще по звонку врача в эту организацию, целью такого звонка всегда является выгода в виде получения бонусов.

Следует дополнить, что коррупционные действия могут включать:

- подделку страховых документов, или использование средств медицинских учреждений в интересах тех или иных привилегированных пациентов;
- выставление незаконных счетов страховым компаниям, государственным органам, или пациентам в отношении услуг, не входящих в соответствующие перечни или вовсе не оказанных услуг в целях максимизации доходов;
- подделка счетов, квитанций, расходных документов, или учет фиктивных пациентов.

Кроме того, здесь возможны и такие формы коррупции, как:

- развитие собственного бизнеса за счет создания финансовых стимулов или выплаты «откатов» врачам за направление пациентов в ту или иную организацию;
- неправомерное направление врачами пациентов государственных медицинских учреждений на обслуживание в собственные частные структуры;
- также проведение неоправданного медицинского вмешательства в целях увеличения собственных доходов и другие;
- неправомерное направление врачами пациентов государственных медицинских учреждений на обслуживание в собственные частные структуры;
- проведение неоправданного медицинского вмешательства в целях увеличения собственных доходов [1].

4. Коррупция в системе поставок лекарственных препаратов. Препараты могут расхищаться на различных уровнях системы распределения. Государственные чиновники могут требовать «вознаграждение» за выдачу разрешений на продажу продукции или работу тех или иных структур, за проведение таможенной очистки или установление выгодных цен. Нарушение кодексов поведения на рынке приводит к тому, что врачи вынуждены отдавать предпочтение определенным лекарствам при выписке рецептов. У поставщиков могут вымогаться различные уступки при условии выписки рецептов на их продукцию. Еще одной возможной формой коррупционных действий является выдача разрешений на торговлю

поддельными или некачественными лекарственными препаратами. Ко всему вышеперечисленному следует также добавить такие действия как:

5. Закупка медицинской техники по завышенным ценам.

6. Оформление инвалидности за определенную сумму денег.

7. Внеплановые операции.

8. Качественное проведение операций. В этом случае пациент получает все услуги, которые ему положены по УМС и доброе отношение медицинского персонала.

9. Благотворительные взносы в больнице или клинике

10. Выставление псевдодиагнозов, после чего человек лечится антибиотиками и платит колоссальную сумму денег за лекарства.

11. Откаты вышестоящим руководителям медицинских учреждений

12. Искажение истинной причины смерти (это заключение дает врач-патологоанатом). Размеры подобных взяток являются одними из самых крупных в медицине, поскольку во многих случаях имеют непосредственное отношение к совершению преступлений.

13. Оплата услуг проводится непосредственно медицинскому работнику, а не клинику за оказание медицинской услуги. Например, за протезирование зубов оплату производят врачу, но врач использует технику поликлиники.

14. Коррупция в качестве вымогательства:

- вымогательство или согласие на получение незаконного вознаграждения за услуги, официально оказываемые бесплатно;

- взимание платы за особые привилегии или медицинские услуги;

- вымогательство или согласие на получение взяток за вмешательство в практику найма, лицензирования, аккредитации, или сертификации тех или иных структур.

Автор ранее рассматривал виды преступлений коррупционной направленности.[6] Если всего преступлений совершено коррупционной направленности 28911 2,3 26108 4,9 из них связанные со взяточничеством 11777 2,9 10542 9,0 в том числе получение взятки 3315 7,1 2476 12,5 дача взятки 2408 11,2 2062 4,9 посредничество во взяточничестве 887 16,3 643 31,8 мелкое взяточничество 5167 -4,7 5361 6,9 связанные с коммерческим подкупом 951 -5,1 756 -24,2 в том числе коммерческий подкуп 738 -10,9 569 -23,2 мелкий коммерческий подкуп 213 22,4 187 -27,0 [8], за получение взятки работниками здравоохранения было возбуждено 221 уголовное дело. Как видим, коррупция поразила все слои общества и практически все сферы деятельности, то есть стала системной проблемой, без решения которой невозможно дальнейшее развитие страны. В международном исследовании неправительственной организации Transparency international, Россия в рейтинге самых коррумпированных стран стоит на 75 месте из 100, наравне с Гондурасом и Зимбабве. Коррупция относится к числу наиболее опасных негативных социальных явлений, приводящих к разрушению основ правопорядка и резко ослабляющих все государственные институты [4].

Приведем ряд примеров: Как сообщает НСК ТВ, в августе в отделение врача поступил гражданин из ближнего зарубежья с сотрясением мозга. По версии следствия, когда пациент пошёл на поправку, доктор с его представительницей провёл разговор о том, что услуги в больнице стоят дорого. После беседы женщина обратилась в полицию, врача задержали при передаче ему айфона.

Как пояснила Светлана Левшакова, помощник прокурора Заельцовского района Новосибирска, доктору предъявлено обвинение по части 3 ст. 159 УК России, а именно совершение мошенничества с использованием своего служебного положения с причинением значительного ущерба потерпевшей [9]. Омские следователи направили в суд уголовное дело в отношении 39-летнего хирурга одной из городских больниц. Врач обвиняется в получении денег от пациентов за операции, которые должны проводиться бесплатно.

Как известно из материалов расследования, врач-хирург медицинского учреждения получал денежные средства от пациентов за операции, которые должны осуществляться бесплатно. Так, за период с 2013 по 2014 годы фигурант уголовного дела получил оплату за

операции по удалению камней в почках от 19 пациентов. На допросах потерпевшие показали, что доктор заводил разговор об оплате в момент болевых приступов либо предлагал выписку и амбулаторное лечение. Общая сумма, которую врач получил от больных без документального оформления составила 130 000 руб. [3].

В Абакане в июне 2017 г. врача осудили за взятку по ст. 290 УК за получение вознаграждения в крупном размере. Ему было назначено наказание в виде лишения свободы на три года в ИК строгого режима, штрафа в размере 2 млн 694 тыс. руб. и запрету занимать в течение двух лет определенные должности. В июне этого же года в Тюмени также врача задержали за взятку, против хирурга возбуждено уголовное дело по ст. 290 УК за оформление больничного листа человеку, не обращающемуся за медпомощью. Между тем возбуждено и другое уголовное дело — в отношении пациента, купившего больничный — по ст. 291 УК (Дача взятки). Также в апреле 2017 г. в Нижнем Новгороде состоялся арест врача за взятку, полученную за возможность госпитализации в роддом и выдачу документов при выписке пациентке, не имеющей полиса медстрахования. Подобные случаи появляются регулярно, отличаются они лишь деталями и суммой вознаграждения[5].

Врача-хирурга Симонихинской больницы Удмуртской Республики осудили за получение взятки в размере 12 тыс. руб. Суд назначил ему наказание в виде трех лет лишения свободы условно, с испытательным сроком два года и штрафом в размере 40 тыс. руб. Об этом сообщает прокуратура Удмуртии 22 ноября. Следствие установило, что в сентябре 2018 года врач за взятку внес в медицинскую карту и листок нетрудоспособности пациента ложные данные о наличии болезни[2].

Таким образом, к основным проблемам коррупционной деятельности в России можно отнести: 1. создание искусственного «дефицита» оказания медицинских услуг, в то время, когда людям необходимо в срочном порядке пройти обследования, за определенную плату можно спокойно пройти данное обследование вне очереди; 2. превращение лечебных учреждений в «торговые». В настоящее время происходит замена честных квалифицированных врачей на коммерсантов от медицины; 3. когда предприятия, которые выпускают лекарства, выплачивают врачам определенные «бонусы» за то, что они будут рекомендовать их своим пациентам.

Рассмотрим основные меры по противодействию коррупции в сфере здравоохранения в России. Так, в своем докладе Лобанова З.И. и Ваганова А.Д. отметили, что:

1. Была разработана и реализуется на всех уровнях власти мероприятия по увеличению финансирования системы здравоохранения путем увеличения ассигнований из федерального бюджета;

2. Был усовершенствован контроль над эффективностью использования бюджетных средств, что выделяются на здравоохранение. В том числе публикуются в СМИ отчеты о расходовании бюджетных средств всеми лечебными учреждениями.

3. Осуществляются меры по обеспечению открытости информации и предоставления доступа к вакансиям в органы управления системой здравоохранения. Например, гласность условий конкурса на вакантную должность, ротация кадров, внедрение новых образовательных стандартов по медицинским направлениям, внедрение проведения правовых курсов в медицинские учреждения.

4. Ужесточение наказания за коррупционную деятельность [7].

5. Изучение нормативно-правовых актов о противодействии коррупции в вузе на 4 или 5 курсах.

6. Включение вопросов противодействия коррупции при сдаче итогового государственного выпускного экзамена.

Список литературы:

1. Внутренние угрозы национальной безопасности <http://nic-pnb.ru/vnutrennie-ugrozy-nacion>.
2. Газета «Коммерсант» 23.11. 2018 г. <https://www.kommersant.ru/>
3. Журнал «Медицинское право» 2015. Режим доступа: <https://sibmeda.ru/news/meditsinskoe-prav> (дата обращения: 30.01.2019).
4. Максимова Л. В. Особенности коррупционных проявлений в сфере здравоохранения // Молодой ученый. 2016. №1. С. 812-815. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/105/24876/> (дата обращения: 30.01.2019).
5. Лига защиты медицинского права. Режим доступа: <http://www.ligamedprava.ru/p>.
6. Калугина Н.Г. К вопросу о понятии коррупционного правонарушения. Административное и муниципальное право. 2010. № 6 (30). С. 56-57.
7. Лобанова З.И., Ваганова А.Д. Коррупция в сфере здравоохранения // Научный форум: Экономика и менеджмент: сб. ст. по материалам II междунар. науч.-практ. конф. —№ 2(2). — М., Изд. «МЦНО», 2017. С. 103-107. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/105/24876/> (дата обращения: 30.01.2019) [https://www.sibsutis.ru/upload/d53/%D0%9C%D0%9D%D0%9A\(1\).pdf](https://www.sibsutis.ru/upload/d53/%D0%9C%D0%9D%D0%9A(1).pdf).
8. Состояние преступности в России за январь-ноябрь 2018 года. МВД ФКУ «Главный аналитический центр» М. 2018.с.15-20.
9. Режим доступа: <https://sibmeda.ru/news/meditsinskoe-prav> (дата обращения: 30.01.2019).

ИНСТИТУТ МЕДИАЦИИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СПОРОВ И КОНФЛИКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кондаурова Ольга Петровна

*кандидат психологических наук, заведующий кафедрой общегуманитарных и
социально-экономических дисциплин
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

MEDIATION IN THE EVENT OF DISPUTES AND CONFLICTS IN THE HEALTHCARE SECTOR

Kondaurova Olga Petrovna

*PhD in psychology, head of
department of humanities and socio-economic disciplines, of the all-Russian state
University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются преимущества института медиации при возникновении споров и конфликтов в сфере здравоохранения. Раскрываются особенности медиации, как одного из видов примирительных процедур. Показываются положительные моменты медиации для всех участников разрешения конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: медиация, конфликт, взаимодействие, пациент, медицинские работники, доверие

ABSTRACT

The article discusses the advantages of mediation in the event of disputes and conflicts in the healthcare field. Through its special characteristics, mediation is demonstrated as one of the

types of conciliation procedures. The positive elements of mediation are shown for all participants in resolving conflicts in the field of healthcare.

Keywords: mediation, conflict, interaction, patient, medical workers, trust

Произошедшие изменения в нашей стране в сфере здравоохранения привели к разрушению сложившихся традиций в сфере оказания бесплатных медицинских услуг и появлению новых институтов, которые требуют создания новых методов и механизмов эффективного взаимодействия и формирования взаимоотношений между здравоохранением и пациентами. Важность установления положительного взаимодействия между здравоохранением и пациентами определяется прежде всего тем, что это является гарантией налаживания продуктивной медицинской помощи.

На сегодняшний день современную медиацию можно представить как механизм процедуры справедливости, который способен приводить к социальной справедливости, за счет возможности поддержания равноправного диалога в обществе на всех уровнях, что в целом может способствовать совершенствованию общественных отношений, общественно значимых институтов, одним из которых является система разрешения споров и ее важнейший элемент – судебная система [3, С. 3]. Проведенный анализ показал, что самыми распространенными в сфере здравоохранения выступают споры между пациентами и медицинским учреждением, отдельными врачами, медицинским персоналом, страховыми компаниями, фармакологией. При этом можно отметить, что многие жалобы требуют лишь разъяснения, получения профессиональной информации пациентом, а не втягивания его в судебный процесс, который зачастую не приносит желаемого результата ни одной из сторон. Так как, здравоохранение является деликатной сферой, то эффективность данного механизма особенно важна и очевидна. Таким образом, в рамках сложившейся ситуации, медиация, являясь одним из видов примирительных процедур, имеет ряд особенностей и преимуществ [2].

Так медиация позволяет: предотвратить перерастание жалобы в конфликт; быть услышанными всем участникам конфликта; урегулировать споры; учитывать эмоциональную сторону конфликта, что способствует удовлетворению интересов и потребностей обеих сторон конфликта; выявлять системные ошибки оказания медицинских услуг; определять недостатки при взаимодействии медицинского работника и пациента; реагировать не просто административными способами, а действительно устранять ошибки; почувствовать и поверить пациенту в то, что к его нуждам снова прислушиваются; улучшать профессиональную этику медицинского работника, повышая ее, и задавая высокий уровень эталона отношений; развивать потребность в сотрудничестве между пациентом и системой медицинского обслуживания, что в целом является залогом эффективности организации медицинской помощи.

Кроме этого, можно выделить положительные моменты для пациента при применении медиации как способа разрешения конфликтных ситуаций. Так у него появляется уверенность в его значимости как пациента, который может оказывать влияние на повышение качества организации медицинской помощи, это сохраняет его уровень доверия к медицинскому учреждению. Пациентам очень важно, чтобы к ним проявляли индивидуальный подход и эмпатию, и при необходимости медицинский персонал мог принести свои извинения. Все это способствует тому, что пациент услышан и получает разъяснения, и быстро, конструктивно и без судебных прений разрешает спор на основе удовлетворения интересов и потребностей, что в целом позволяет пациенту надеется в будущем получить качественную медицинскую помощь. Положительные моменты разрешения конфликтных ситуаций можно выделить и для медицинского учреждения – провайдера медицинских услуг. Сохраняется доверие с пациентом или со страховой компанией, что сохраняет положительные отношения между пациентом и страховой компанией, и способствует сохранению долгосрочных партнерских отношений между ними. Конфликтные ситуации

разрешаются без вмешательства вышестоящих инстанций или судебных органов. Способствует сохранению имиджа и репутации медицинского учреждения, его конкурентоспособности на рынке медицинских услуг. Получение обратной связи, является механизмом за счет которого появляется возможность анализа и оценки возникших конфликтных ситуаций, для осознания ошибок и их исправления, а также появляется возможность принятия мер по совершенствованию качества медицинских услуг, профилактики и исключения из практики подобных случаев или ошибок. Все это в целом направлено на организацию эффективной, профилактической работы с сотрудниками медицинского учреждения, что в целом способствует повышению духа корпоративной культуры, учитывающей удовлетворение нужд и потребностей не только пациентов, но и персонала. К положительным моментам разрешения конфликтных ситуаций для страховых компаний можно отнести то, что к страховой компании сохраняется доверие со стороны страхователей, так как они на практике чувствуют внимание к себе за счет проявления защиты их прав и за счет качества предлагаемых медицинских услуг. Возникает возможность конструктивного ведения дел и разрешения конфликтных ситуаций с провайдером медицинских услуг, что способствует стабильности долгосрочных партнерских отношений с провайдером медицинских услуг и страхователем. Позволяет зафиксировать и оценить критерии оценки качества медицинских услуг в действительности, что безусловно выступает продуктивной технологией создания условий конкурентоспособности в сфере медицинского страхования.

Таким образом, медиация – это одно из самых новых направлений в юриспруденции, получивших законодательное закрепление [1]. Медиация помогает выявлять и разрешать проблемы, возникающие между пациентами и здравоохранением. При этом очень важно, чтобы и пациент, и врач, и система медицинских услуг слышали друг друга и находились в постоянном диалоге между собой. Важна профилактика взаимоотношений. И руководителям лечебных учреждений важно проводить на ранних этапах работу с врачом, с сестринским коллективом.

Если в медицинском учреждении возникают конфликты между врачом и пациентом, это является серьезным сигналом и необходимо обратить внимание на организацию всего лечебно-диагностического процесса, который осуществляется в конкретном учреждении. Интеграция медиации создает основу для формирования наиболее конструктивной, открытой к нуждам пациента, неформализованной системы рассмотрения жалоб и разрешения споров, при этом способствующей повышению доверия пациента к системе здравоохранения, снижению социальной напряженности и одновременно совершенствованию качества медицинских услуг, с возможностью мониторинга эффективности услуг и выявления дополнительных критериев оценки. Институт медиации в целом влияет на формирование общей культуры взаимодействия в системе здравоохранения, где все стороны, вовлеченные в систему медицинского обеспечения, получают определенные выгоды от интеграции института медиации. В связи с выше сказанным, хотелось бы отметить, чтобы медиация также способствует формированию компетентности современного медработника бесконфликтного, конструктивного взаимодействия, именно поэтому в настоящее время в мире наблюдается тенденция интеграции медиации в систему обучения медицинского персонала на всех уровнях.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 27 июля 2010 года №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/
2. Большой сбор объединенных сил медиаторов России //Медиация и право. 2015. № 2 (36). с.12-19

3. Шамликашвили Ц.А. Медиация в вопросах и ответах / Ц.А. Шамликашвили. - М.: Издательство ООО «Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования», 2017. 95 с.

ПРАВО НА ЭВТАНАЗИЮ: РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Королева Юлия Дмитриевна

студент юридического факультета

*ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)*

г. Ижевск

Богданова Елена Петровна

*кандидат юридических наук, заведующий кафедрой государственно-правовых
дисциплин ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал),*

г. Ижевск

THE RIGHT TO EUTHANASIA: RUSSIAN AND FOREIGN EXPERIENCE

Kalugina Nadezhda Gennadievna

Candidate of Law, Associate Professor,

*Head of the Department of Theory and History of State and Law
of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk
Institute (branch), Izhevsk*

Koroleva Julia Dmitrievna

the student of the 4th course, u faculty of law

*Federal state budget educational institution of higher education the
of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблеме правового регулирования права на эвтаназию, ее легализации в Российской Федерации и ряде иностранных государств. Данная проблема занимает особое место среди множества медицинских, правовых и этических проблем современного общества. В статье раскрываются аргументы «за» и «против» эвтаназии, анализируются статистические данные и правовое регулирование эвтаназии в отечественном и зарубежном законодательстве, перспективы ее развития. На основе анализа автор проводит систематизацию стран на государства, которые полностью легализовали эвтаназию в пассивной и активной формах; которые отрицают само существование права на смерть как юридический факт и предусматривают уголовную ответственность за эвтаназию; которые предусматривают уголовную ответственность не только за эвтаназию, но и за содействие в её проведении. В России проблема эвтаназии не урегулирована в законодательном порядке, поэтому автором предлагается путь использования Россией положительного зарубежного опыта с перспективой поэтапной ее легализации. Работа носит междисциплинарный характер, написана на стыке уголовного и конституционного права, а также судебно-медицинской экспертизы и этики.

Ключевые слова: эвтаназия; легализация эвтаназии; право на жизнь; право на смерть.

ABSTRACT

The article deals with the problems of legal regulation of euthanasia and the problems of legalization of euthanasia in Russia and foreign countries. The problem of euthanasia occupies a special place among the many medical, legal and ethical problems of modern society. The article reveals the arguments for and against euthanasia. The scientific work also analyzes statistical data and legal regulation of euthanasia in domestic and foreign legislations, development prospects. On the basis of the analysis the author carries out systematization of the countries on the states which completely legalized euthanasia in passive and active forms; which deny existence of the right to death as the legal fact and provide criminal liability for euthanasia; which provides criminal liability not only for euthanasia, but also for assistance in its carrying out. In Russia, the problem of euthanasia isn't settled in law. For this reason the author proposes a way for Russia to use positive foreign experience with the prospect of its phased legalization. The article has interdisciplinary nature and practical meaning for the criminal law and constitutional law, medico-legal expertise and ethics.

Keywords: euthanasia, legalization of euthanasia, right for life, right to death.

В переводе с греческого языка эвтаназия – это лёгкая, хорошая смерть. В современном понимании это практика прекращения жизни человека, страдающего тяжёлым неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания, не совместимые с нормальной человеческой жизнью. То есть под эвтаназией (или правом на смерть) понимается предоставление человеку возможности умереть или ускорение его смерти.

В обществе не существует однозначного мнения по поводу применения эвтаназии. Так, в своей книге «Этика» А.А. Гусейнов и Р.Г. Апресян приводят ряд общих аргументов «за» и «против» эвтаназии. Основные аргументы, высказываемые в её пользу, можно свести к следующим:

Жизнь есть благо только тогда, когда в целом удовольствия превалируют над страданиями, положительные эмоции – над отрицательными. В ситуации эвтаназии этот баланс необратимо нарушается, в результате чего жизнь становится сплошной мукой и не может уже больше быть благом, желанной целью. Жизнь можно считать благом до тех пор, пока она имеет человеческую форму, существует в поле культуры, нравственных отношений. Поддержание жизни на стадии умирания, осуществляемое с помощью сложных технологий, обходится слишком дорого [4].

Но эти аргументы не являются бесспорными с этической точки зрения. В опровержении им авторы называют следующие аргументы:

Осуществляется выбор не между жизнью-страданием и жизнью-благом, а между жизнью в форме страдания и отсутствием жизни в какой бы то ни было форме. В рамках мировоззрения, признающего жизнь высшим благом, эвтаназия недопустима. Аргумент о дороговизне следует принимать во внимание в пределах практических решений, но нельзя, когда идет речь о нравственном оправдании самого акта эвтаназии [4].

Следует отметить, что единого мнения о праве на смерть нет не только в обществе, но и в законодательстве различных государств: одни государства признают правомерность эвтаназии на законодательном уровне, другие – категорически запрещают её применение.

Согласно ст. 2 Конституции Российской Федерации, человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства. И среди этих прав Конституция в ст. 20 особо выделяет право на жизнь. Подтверждает значимость и неотъемлемость этого права и Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который в ст. 45 содержит прямой запрет эвтаназии: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». Даже клятва врача в ст. 71 названного закона обязывает его проявлять высочайшее уважение к жизни человека и никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии.

В качестве санкции за несоблюдение перечисленных предписаний и за нарушение права на жизнь в российском законодательстве предусматривается уголовная ответственность. Так, согласно ст. 124 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) влечёт соответствующее наказание не оказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным её оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, а также то же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью. Кроме того, действия лица, осуществляющего эвтаназию, могут квалифицироваться по ст. 105 УК РФ «Убийство». Единственным фактом, который хоть как-то отражает применение эвтаназии в особенно тяжёлых случаях, может считаться одно из смягчающих наказание обстоятельств, а именно совершение преступления по мотиву сострадания (п. «д.», ч. 1, ст. 61 УК РФ). Анализ приведённых правовых норм показывает, что в России эвтаназия запрещена законом и влечёт соответствующее наказание.

Однако подобная ситуация существует далеко не во всех государствах. Ещё в 1952 г. в ООН было направлено обращение с более чем 2,5 тыс. подписей, среди которых были имена известных врачей, учёных и деятелей культуры из США и Великобритании. В этом обращении говорилось о необходимости дополнить Всеобщую декларацию о правах человека правом неизлечимо больного требовать для себя лёгкой смерти, однако оно было отклонено как антигуманное [2].

Первым государством в мире, где была разрешена практика эвтаназии, стали Нидерланды. В 1984 г. Верховный суд Нидерландов признал добровольную эвтаназию приемлемой. Опросы общественного мнения показали, что 75% населения поддерживают право человека на смерть. 1 апреля 2002 года эвтаназия для смертельно больных пациентов в Нидерландах стала легальной [2].

При этом в Нидерландах с 1993 г. существуют строго определённые правила и процедуры, регламентирующие действия врача при осуществлении эвтаназии. Она может быть применена к больным не моложе 12 лет и осуществлена только по требованию пациента, если будет доказано, что его страдания невыносимы, болезнь неизлечима, а медицина бессильна [2]. Так, согласно законодательству Нидерландов, врач не подлежит уголовной ответственности, если докажет, что действовал в рамках такой медицинской ситуации, при которой эвтаназия, о которой просит пациент, является единственным способом прекратить его страдания. Кроме того, врач обязан направлять подробный отчёт о произведённом им акте эвтаназии в один из специально созданных региональных комитетов, который должен будет оценить действия врача на предмет их соответствия стандартам профессионального поведения и сообщить своё мнение прокуратуре, которая затем решит, имеются ли основания для возбуждения уголовного преследования в отношении этого врача [5]. Также в УК Нидерландов продолжают действовать соответствующие статьи (293 и 294) за помощь в самоубийстве при несоблюдении установленных законом правил и процедуры проведения эвтаназии.

Таким образом, нидерландская модель исходит из того, что воля пациента добровольно уйти из жизни является основанием для действий врача, но не имеет обязывающей силы. В любом случае он должен действовать в соответствии со своими профессиональными обязанностями, а их несоблюдение не освобождает врача от ответственности, даже если он следовал воле пациента [5].

Второй страной мира после Нидерландов легализовала эвтаназию Бельгия 16 мая 2002 г. И уже в 2003 г. эвтаназия помогла расстаться с жизнью 200 смертельно больным пациентам, а в 2004 году – 360 пациентам. В 2014 году была узаконена эвтаназия детей. В Бельгии тоже существует строгая процедура проведения эвтаназии. Она требует строгого выполнения таких формальностей, как, например, письменная просьба больного и мнение второго врача о неизлечимости болезни. В 2012 г. в Бельгии к эвтаназии прибегли уже 1432 человека.

Яркими примерами стран, в которых легализована пассивная эвтаназия, также являются Швеция и Финляндия. В этих странах эвтаназия происходит путём прекращения бесполезного поддержания жизни больного. Но основой для принятия врачом такого решения вновь является свободное и осознанное волеизъявление пациента. Аналогичные просьбы даже от ближайших родственников пациента, находящегося в бессознательном состоянии, являются юридически недействительными [5].

С 2006 г. в Швейцарии официально легализована эвтаназия в двух формах: активная непрямая эвтаназия (использование медикаментов, побочный эффект которых способствует быстрому наступлению смерти) и пассивная эвтаназия (например, отключение от аппарата поддержания жизни). В то же время активная прямая эвтаназия (умышленное убийство в целях облегчения участи больного) наказуема. Согласно ст. 115 УК Швейцарии, эвтаназия не наказуема лишь в том случае, если она не была предпринята по эгоистичным, личным и корыстным мотивам лица, осуществившего её. Во всех остальных случаях исполнителю грозит тюремное заключение сроком до 5 лет. То есть эвтаназия, выполняемая непосредственно врачом, запрещена законом, но «ассистируемое самоубийство» разрешено, если больной принимает решение совершить его осознанно (по заключению психиатра), самостоятельно, а неизлечимость и тяжесть болезни подтверждены независимой экспертизой [2].

Интересным является также тот факт, что в Швейцарии развит так называемый «Суицидальный туризм». В страну приезжают жители других государств, которые не могут получить подобную помощь в уходе из жизни у себя дома. Суть такого «туризма» заключается в том, что неизлечимо больной человек, страдающий от невыносимой боли, совершает своё последнее путешествие к месту своей кончины – в швейцарскую клинику «Dignitas», основанную швейцарским юристом Людвигом Минелли в 1998 г. и расположенную в Цюрихе. После прибытия в эту клинику человеку предлагают совершить его последнюю прогулку, затем проводится контрольный осмотр врача, и подписываются необходимые документы, в которых человек официально отказывается от жизни. И, наконец, клиенту вручается стакан воды со смертельной дозой лекарственного средства, которое приводит к остановке дыхания. С точки зрения правового регулирования этой процедуры важно отметить, что она снимается на видеозапись, которая затем предъявляется полиции. Желая закончить свою жизнь должен перед камерой ещё раз подтвердить осознанность и добровольность своего выбора, после чего он может (непрерывно самостоятельно) выпить смертельный препарат. После констатации смерти, сотрудники «Dignitas» вызывают полицию, которая проводит расследование и проверяет законность произошедшего [6]. За предоставление своих услуг клиника взимает плату в размере от 4 до 7 тыс. евро [8].

По различным данным в год в Швейцарии подобными услугами пользуются от 150 до 200 иностранцев. Из них чаще всего в центры эвтаназии приезжают немцы (почти 50% от всех пациентов), англичане составляют 20%, а французы – 10%. Так, по некоторым данным в период с 2008 по 2012 гг. в Швейцарии помогли умереть гражданам 31 государства: на долю жителей Германии пришлось 268 человек, Великобритании – 126 чел., Франции – 66 чел., Италии – 44 чел., США – 21 чел., Австрии – 14 чел., Канады – 12 чел., Испании и Израиля – по 8 чел. В Великобритании даже существует выражение «поехать в Швейцарию», которое уже стало синонимом эвтаназии [9].

Исследование показало, что эвтаназия так или иначе разрешена, например, в таких государствах, как Люксембург, Канада, Албания, Колумбия, Финляндия, Франция, в некоторых штатах США (Орегон, Вашингтон, Вермонт, Калифорния).

Проанализировав законодательство иностранных государств, регулирующее вопросы применения эвтаназии, можно прийти к следующему выводу. Проблема добровольного ухода из жизни является весьма актуальной для многих государств мира. На современном этапе развития лишь некоторые страны, так или иначе, признали в особых случаях правомерными действия по оказанию помощи больному в уходе из жизни. Многие из государств, легализовавших эвтаназию, постарались как можно более точно и строго

определить правила и процедуру её проведения, чтобы избежать злоупотребления новым правом на смерть, как со стороны врачей, так и со стороны пациентов и их родственников. А регулирование вопросов эвтаназии существенно осложняется тем, что неотъемлемой частью этого процесса являются моральные и этический нормы, которые зачастую совершенно не одобряют действия законодателя в этой сфере.

В Российской Федерации эвтаназия запрещена законом и, соответственно, правовое регулирование этого вопроса, кроме жёсткого запрета, в нашей стране не предусмотрено. В апреле 2007 г. в российских СМИ появилась информация о том, что в Совете Федерации готовится проект закона об эвтаназии с подробным описанием предполагаемой процедуры. Инициатор документа – председатель комитета по социальной политике Совета Федерации, сенатор В. Петренко – подчеркивала, что эвтаназия в России может быть применена в «исключительных случаях», а именно если об этом попросит сам тяжело больной человек. При этом больной должен заявить о своем решении уйти из жизни лечащему врачу, написать на его имя заявление и заверить его у нотариуса. Далее данное заявление будет рассматривать медицинский консилиум, который должен подтвердить диагноз. Следующая инстанция – специальный совет по эвтаназии при местном органе исполнительной власти, куда должны входить медики, прокуроры, адвокаты и общественные деятели. Совет в течение двух месяцев будет изучать историю болезни заявителя и проверять, не принято ли его решение под чьим-то влиянием. Если все окажется «чисто», то больному будет введена повышенная доза обезболивающего, в результате чего отключится мозг и наступит смерть [3]. После того как многие общественные деятели и медики отнеслись к подобному решению как к шагу легализации эвтаназии, В. Петренко уточнила, что речь идет только об обсуждении материалов по данному вопросу, поводом к которому послужили многочисленные обращения граждан. Ее слова подтвердил председатель Совета Федерации и дальше этих обсуждений вопрос о возможности применения эвтаназии развития в России не получил.

Вместе с тем, исследователями в 2012 и в 2015 гг. поведился опрос среди граждан (соответственно 300 и 250 человек) России, который показал следующее. На вопрос «Как Вы относитесь к эвтаназии?» не менее 60% респондентов ответили, что неизлечимо больной человек имеет право на смерть; 25% считают эвтаназию недопустимой по моральным и религиозным критериям; 7% ответили, что никогда не задумывались об этом и поэтому воздержались от ответа; 3% не знают о таком явлении, как эвтаназия.

Проведенный опрос юристов в 2012 году (200 человек) показал следующее. На вопрос «Считаете ли Вы, что необходимо легализовать эвтаназию и принять Федеральный закон «Об эвтаназии», как в некоторых европейских странах?» 30% респондентов ответили утвердительно и считают, что легализация эвтаназии в России необходима на современном этапе развития нашего общества; 17% считают, что не стоит надеяться на быстрое разрешение данного вопроса и воздерживаются от ответа; 53% были категорически против, т.к. в связи с легализацией эвтаназии возможны значительные злоупотребления таковой.

Опрос врачей, судебных экспертов в 2012 и 2015 годах (соответственно 150 и 125 чел.) на этот же вопрос показал, что не менее 30% респондентов выступили за достойную смерть пациента; 51% – против эвтаназии (в 2015 году уже 48%), так как считают, что врач до последней минуты должен бороться за жизнь пациента; 8% респондентов воздержались от ответа; не менее 10% утверждают, что это не только обязанность, но и долг врача. Вместе с тем врачам, работающим в онкологических, кардиологических, травматологических отделениях задавался в 2012 и 2015 годах один и тот же вопрос: «Необходимо ли проведение эвтаназии умирающим пациентам?». В онкологическом отделении 61% опрошенных поддержали эвтаназию (в 2015 уже 66%), в хирургическом отделении 55% (в 2015 уже 58%), в кардиологическом отделении также 55% (в 2015 уже 57%) [1].

Однако в обществе за последние несколько лет обсуждение права на смерть начинает набирать обороты. Так, дискуссии на тему «За и против эвтаназии», «Эвтаназия – право на убийство?», «Эвтаназия: убийство или право человека?», «Разрешат ли эвтаназию в

России» проводятся не только в Интернете на различных сайтах и форумах, но становятся главными вопросами телепередач самых популярных из российских телеканалов. В последнее время тема эвтаназии освещается и в новостях на таких телеканалах, как «Первый», «НТВ», «РЕН ТВ», «ТВ Центр». Всё чаще люди, которые предпочли эвтаназию нестерпимым мучениям, рассказывают о своём выборе общественности и дают интервью известным изданиям.

За предоставление права на смерть высказываются не только правительства и граждане иностранных государств. Так, Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации Москалькова Татьяна Николаевна в ходе встречи со студентами юридического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова заявила, что считает эвтаназию гуманной: «Мне кажется, это очень гуманно, если сам человек хочет уйти из жизни и его жизнь не имеет шансов на проживание, если он страдает, и если его близкие и родственники в единой гармонии пришли к тому, чтобы прекратить эти страдания» [7].

Таким образом, для решения вопроса правового регулирования права на эвтаназию в Российской Федерации предлагаем внести изменения в ст. 45 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отменить запрет эвтаназии, предусмотреть правовой механизм регулирования её осуществления. Будет необходимо определить, какие органы и должностные лица будут уполномочены на её совершение, предусмотреть осуществление контроля и её проверки на соответствие законодательству. В случае необходимости и обоснованности данного решения может быть принят отдельный Федеральный закон «Об эвтаназии в Российской Федерации».

Итак, шаг первый – это законодательное закрепление понятия эвтаназии. Шаг второй – определение принципов применения эвтаназии. Шаг третий – определение компетентного на выполнение процедуры эвтаназии органа и его должностных лиц и наделение их соответствующими полномочиями. Шаг четвёртый – определение допустимых возрастных ограничений при применении эвтаназии.

Можно с уверенностью утверждать, что вопрос о легализации эвтаназии приобретает всё большую актуальность в наши дни. У этой процедуры есть свои плюсы и минусы. Несмотря на то, что законодательное регулирование проблемы эвтаназии назрело, нужно решать ее постепенно, тщательно соизмеряя необходимое с возможным. Одна из основных сложностей заключается в том, что сегодня общество ни морально, ни материально не готово к практическим шагам в этом направлении. Легализация эвтаназии невозможна до того момента, пока не будет достигнут уровень развития, достаточный для того, чтобы материальный фактор (в том числе вопросы приобретения дорогостоящих лекарств, медицинского оборудования, систем жизнеобеспечения) был полностью исключен из списка возможных причин ее применения. Тем не менее, уже сейчас следует заниматься подготовкой общества к тому, что эту задачу потребует решать, ведь все, что касается прав человека, в том числе его права на смерть, в России как в правовом государстве необходимо регулировать не только морально-этическими нормами, но и нормами закона.

Таким образом, на современном этапе развития российского общества разработка и принятие закона об эвтаназии остается одним из наиболее актуальных и в тоже время наиболее проблемных вопросов. Исследовав законодательства иностранных государств, где эвтаназия разрешена, мы выдвинули предложения, которые позволили бы распространить этот, думаем, необходимый для неизлечимо больных людей опыт и на Россию.

Список литературы:

1. Антоненко М.М. Законодательное разрешение проблемы эвтаназии в зарубежных странах и России // Бизнес в законе. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zakonodatelnoe-razreshenie-problemy-evtanazii-v-zarubezhnyh-stranah-i-rossii> (дата обращения: 18.03.2019)

2. Вавилкина Т.В. К вопросу об эвтаназии в законодательстве зарубежных стран // Наука. Общество. Государство. №4, 2014.
3. Героева А., Коробов П. Законотворчество не на жизнь, а на смерть // Коммерсантъ. 2007. 17 апр.
4. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика: Учебник. — М.: Гардарики, 2000.
5. Золотарёва Е.А. Правовое регулирование эвтаназии в зарубежных странах // Вестник Таганрогского института имени А.П. Чехова. №1, 2009.
6. Электронный ресурс: <https://www.theguardian.com/society/2009/nov/18/assisted-suicide-dignitas-house>.
7. Электронный ресурс: <https://ria.ru/society/20160902/1475929097.html>
8. Электронный ресурс: Dignitas-Chef Minelli im Interview: «Wenn Sie das trinken, gibt es kein Zurück» — Welt — Tagesspiegel. 29.03.2008. URL: <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/dignitas-chef-minelli-im-interview-wenn-sie-das-trinken-gibt-es-kein-zurueck/1198414.html>
9. Электронный ресурс: «Suicide tourism» to Switzerland has doubled within four years». August 21, 2014. BMJ-British Medical Journal. URL: <https://www.sciencedaily.com/releases/2014/08/140821090647.htm>.

ТЕНДЕНЦИИ К РАЗВИТИЮ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кузнецов Михаил Юрьевич

*адвокат, Коллегия адвокатов г. Новокузнецка Кемеровской области
№ 42/48,
г. Новокузнецк*

THE TRENDS OF DEVELOPMENT OF CRIMINAL RESPONSIBILITY OF PHYSICIANS

Kuznetsov Mikhail Yurievich

Lawyer, Board of Lawyers № 48 of Kuzbass Region, Novokuznetsk

АННОТАЦИЯ

Автор статьи ставил перед собой цель довести до читателя сложившуюся обстановку в сфере оказания медицинской помощи (медицинских услуг), требующую, на взгляд автора, введения новых составов в Уголовный закон либо более четкой формулировки диспозиций существующих норм Особенной части. Анализ общедоступной статистики медицинских учреждений и следственных органов позволили дать оценку сложившейся в стране ситуации с преступлениями медицинских работников и степени информированности населения о них. Действительность диктует внесение изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации.

Ключевые слова: преступления; медицинский работник; причинение вреда; халатность; уголовная ответственность, изменения уголовного кодекса.

ABSTRACT

The author of the article aimed to inform the reader about the current situation in the field of medical care (medical services), which requires, in the author's opinion, the introduction of new crimes in the criminal code or a clearer formulation of the articles of the Special part of the Criminal code. The analysis of publicly available statistics of medical institutions and investigative bodies allowed us to assess the situation in the country with the crimes of medical workers and the degree of public awareness about them. The reality dictates amendments to the criminal code of the Russian Federation.

Keywords: crimes; medic; infliction of harm; negligence; criminal liability; changes in the criminal code.

Всё чаще в последние годы на различных площадках обсуждаются вопросы уголовно-правовой ответственности медицинских работников за вред, причиненный при оказании медицинской помощи и медицинских услуг. Это Международная научно-практическая конференция «Правовые риски современной медицинской деятельности и возможности их преодоления» (в рамках Соглашения о сотрудничестве между РПА Минюста России и Союзом медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата»), ежегодные научно-практические конференции «Медицина и право в XXI веке» (Санкт-Петербургский государственный университет), XVI Международная научно-практическая конференция Уголовное право: стратегия развития в XXI веке» (Московский государственный юридический университет имени О. Е. Кутафина), XVI Международная научно-практическая конференция, посвященная памяти М. И. Ковалева «Ошибка: право или ответственность?» и другие. Мнения разделяются, но практически ни один из дискутирующих не остается равнодушным к данной проблеме, которая несомненно существует, и которая требует скорейшего разрешения, коль скоро речь касается такой ценности, как как здоровье человека.

Конституция Российской Федерации каждому гарантирует право на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41). Преамбула Устава (Конституции) Всемирной организации здравоохранения гласит: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Однако, в Конституцию Российской Федерации, думается, заложен иной смысл определения «здоровье», более узкий и устоявшийся в сознании нашего соотечественника. Без труда находим толкование термина в словарях отечественных авторов, наиболее известные из них это В. И. Даль, С. И. Ожегов, С. А. Кузнецов. Здоровье – это правильная, нормальная деятельность организма, его полное физическое и психическое благополучие [2, с. 7].

Раскрытию темы уголовной ответственности медицинских работников не мешает существующая проблематика соотношения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». В контексте темы настоящей статьи вопрос разделения этих понятий не видится принципиальным, поскольку какие бы различия между ними не устанавливались, бесспорен факт того, что в обоих случаях они означают принятие медицинским работником комплекса мер, направленного на охрану здоровья пациента (клиента).

По действующему уголовному закону ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью и смерть может быть возложена в соответствии с частью 2 статьи 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), пунктом «в» части 2 и частью 3 статьи 238 (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека (людей)), частями 2 и 3 статьи 293 УК РФ (халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека и повлекшая по неосторожности смерть двух или более лиц соответственно). Названные нормы Особенной части УК РФ не предназначены законодателем исключительно для привлечения к уголовной ответственности именно медицинских работников, субъектами данных составов преступлений являются лица, в силу профессии, обязанные соблюдать определенные правила и стандарты, должностные лица, а также оказывающие услуги. Под указанные категории могут подпадать лица самых различных специальностей и должностей. Объединяет субъекты преступлений то, что все они действуют в рамках трудовой функции (а в случае статьи 238 УК РФ могут также либо в рамках гражданско-правового договора, либо и вовсе без такового). С субъективной стороны субъектов объединяет совершение деяний с неосторожной формой вины (по легкомыслию

либо небрежности). Однако реалии диктуют сузить составы преступлений по специальному субъекту – медицинскому работнику.

Отделом сложных экспертиз бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области ведется мониторинг дефектов оказания медицинской помощи. Данный отдел производит комиссионные и комплексные экспертизы, а также повторные, особо сложные экспертизы и экспертизы по резонансным делам. Ежегодно объём подобных исследований возрастает. Приведены краткие статистические сведения: если в 2013 году было произведено 274 экспертизы, то в 2017 году — 361. Отмечается и постоянный прирост количества дел, поступающих в отдел сложных экспертиз: 404 в 2015 году по сравнению с 574 в 2017-м. Эти цифры отражают возрастающую потребность в назначении комиссионных и комплексных экспертиз, что обусловлено увеличением количества дел, связанных с вопросами медицины, рассматриваемых в гражданских судах, активизацией правоохранительных органов по выявлению и расследованию профессиональных правонарушений медицинских работников и другими факторами. Мониторинг содержит анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам дел с решением вопросов о правильности оказания медицинской помощи [3, с. 7].

В сентябре 2016 года Председатель Следственного комитета Российской Федерации А. И. Бастрыкин впервые обнародовал статистику ятрогенных преступлений. Так, за шесть месяцев 2016 года возбуждено 419 таких дел. 30 января 2018 года официальным представителем ведомства заявлено, что в 2017 году следователям поступило 6050 сообщений о таких преступлениях, по результатам их рассмотрения возбуждено 1791 уголовное дело [1, с. 6].

Необходимо ввести в УК РФ бланкетную норму об уголовной ответственности за тяжкие последствия и смерть в результате оказания медицинской помощи и услуг, то есть отсылающей именно к нормативно-правовым актам в сфере медицины. Объективная сторона в виде ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности, оказания услуг - видится размытой, не достаточно конкретной и как следствие недостаточно адаптированной для должного предупреждения, выявления и расследования рассматриваемых преступных деяний. Для автора, как для практикующего адвоката, конкретика в предлагаемых составах видится необходимой еще и для целей защиты медицинских работников. Как известно, только при четко сформулированном обвинении можно грамотно строить позицию защиты.

Думается, что отсылка статьи должна направлять к официальным медицинским требованиям и предписаниям, предъявляемым к специальному субъекту, к кругу обязанностей, охватывая при этом требования ведения медицинской документации, включая первичную, которая, как правило, является исходным материалом для последующих наблюдений, диагнозов, выводов, врачебных обсуждений (консилиумов), лечения и др. Это предлагается для точного сопоставления действий (бездействия) медиков с существующими нормами в целях квалификации содеянного и с целью, насколько это возможно, ограничить свободу усмотрения медиками их действий (бездействия) в конкретных ситуациях и соблюдения ими строго предписываемых им и действий, апробированных методик.

Необходимость подведения ятрогенных преступлений под «специальный» состав взамен нескольких конкурирующих норм статей УК России объясняется не требованием наказывать медиков строже, чем других субъектов должностных преступлений, а скорее из соображений правильной квалификации. Так, например, градация квалифицирующих признаков на административные и непосредственно медицинские позволила бы разграничить между собой эти деяния для целей статьи 43 УК России. Как пример, хоть и весьма экзотический, ввести такой квалифицирующий признак как состояние опьянения медицинского работника.

Что касается мониторинга рассматриваемых судами дел о ятрогенных преступлениях, то информированность населения напрямую зависит от средств массовой

информации и «частных» Интернет-ресурсов, нежели от органов власти. Достоверным и содержательным источником информации о рассмотренных судами делах обсуждаемой категории могла бы являться Государственная автоматизированная система Российской Федерации «Правосудие» (ГАС Правосудие), принятая в ноябре 2006 года Государственной приемочной комиссией в рамках федеральной целевой программе «Развитие судебной системы России» на 2002—2006 годы Правительства Российской Федерации, параметры поиска которой содержат раздел «Перечень статей» и список статей Особенной части УК РФ. В действительности же создать подборку из делопроизводства конкретного суда всех уголовных дел по ятрогенным преступлениям не представляется возможным ввиду отсутствия специального состава. Поиск конкретно по статьям 109 и 293 УК РФ не позволит получить сведения о привлечении медицинских работников к уголовной ответственности, поскольку данные статьи УК РФ применимы к достаточно широкому кругу лиц разных профессий. Данное обстоятельство идет в довесок к вышеизложенным суждениям о целесообразности введения в УК РФ нового состава преступления. Дело в том, что появившись в Особенной части УК РФ статья о преступлении, совершаемом при оказании медицинской помощи и услуге, то это не только бы отвечало потребностям уголовно-правовой политики, но и способствовало бы информированию населения и специалистов посредством той же ГАС Правосудие о количественных показателях, способах совершения, тенденциозности, наиболее криминогенных медицинских специальностях, причем как в региональных, так и в федеральных масштабах. В настоящее же время произвести такие исследования под силу разве что научно-образовательным и научно-исследовательским учреждениям, и то не факт.

Актуальность данной темы несомненно высока. Вопросы защиты конституционно гарантированного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь должны обсуждаться и разрешаться, будь то научные дискуссии или законодательный уровень, с заслушиванием мнений компетентных в области медицины лиц, которые помимо прочего помогли бы разграничить те или иные нарушения по степени их опасности для пациента (клиента) и охраняемых общественных отношений.

Список литературы:

1. Кампания Бастрькина [Электронный ресурс РБК] // URL: <https://www.rbc.ru/society/30/01/2018/5a6f93ce9a7947f70f7e3748>.
2. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 72500 слов и 7500 фразеологических выражений / РАН, Ин-т рус. яз., Рос. фонд культуры. — М.: Азъ, 1992. — 955 с. — 100 000 экз.: 1993. — 955 с.
3. Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине», № 0 (90), 2018 год.

ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ ТЕНДЕНЦИИ СБЛИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Левина Вера Наумовна
кандидат философских наук, доцент,
доцент кафедры философии и гуманитарных ФГБОУ ВО
«Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики»,
г. Ижевск

DISCREPANCY OF THE TENDENCY OF RAPPROCHEMENT OF THE MEDICAL RIGHT AND MEDICAL ETHICS

Levina Vera Naumovna

the associate professor of philosophy and the humanities FGBOU «IGMA» of the Russian Ministry of Health, the candidate of philosophical sciences, the associate professor, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Проведено сравнительное исследование Законов Российской Федерации «О персональных данных», «Об обращении лекарственных средств», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» применительно к принципам этики и биоэтики в здравоохранении. Выявлено, что внешний контроль административных и правовых инстанций может компенсировать незрелость моральной ответственности у некоторой части медицинского сообщества и административно - правовая и правовая форма регламентации эффективны только тогда, когда субъект находится в сфере досягаемости контролирующих инстанций. Моральная безответственность врача делает пациента незащищённым от причинения вреда при отсутствии внешнего контроля. Тенденция усиления административно – правового и правового контроля врачебной деятельности при размывании моральной мотивации в ситуациях, подлежащих регламентации этическими нормативами медицины, противоречива по своим последствиям.

Ключевые слова: Закон Российской Федерации «О персональных данных», медицинское право, медицинская этика, «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», этика и биоэтика.

The comparative research of Laws of the Russian Federation "About personal data", "About drug circulation", "About bases of protection of public health in the Russian Federation" in relation to the principles of ethics and bioethics in health care is conducted. It is revealed that external control of administrative and legal instances can compensate immaturity of moral responsibility at some part of medical community and it is administrative - a legal and legal form of a regulation are effective only when the subject is in the sphere of reach of the controlling instances. The moral irresponsibility of the doctor makes the patient unprotected from infliction of harm in the absence of external control. A tendency of strengthening it is administrative - legal and legal control of profession of a physician at washing out of moral motivation in the situations, which are subject to regulation ethical standards of medicine, it is contradictory on the consequences.

Keywords: Laws of the Russian Federation "About personal data", "About drug circulation", "About bases of protection of public health in the Russian Federation", ethics and bioethics

В настоящее время на существование тенденций сближения медицинской этики и медицинского права в отечественном здравоохранении указывает тот факт, что в содержании статей российских законов, регулирующих сферу медицинской деятельности, заключены классические принципы медицинской этики и принципы биоэтики. Однако работ, посвященных анализу данных тенденций, нами не выявлено.

Целью работы явился анализ причин и последствий тенденций сближения медицинской этики и медицинского права.

Нормативно-правовую базу исследования составили действующие в Российской Федерации законы. Методологическую основу исследования составили современные положения теории познания социальных явлений, включая системный анализ.

Известно, что содержание классических принципов медицинской этики и принципов биоэтики представлено в статьях следующих законов Российской Федерации.

Закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹

| <i>Принципы</i> | <i>Статьи закона</i> |
|--------------------------------|--|
| Информированного добровольного | Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского |

| | |
|--|---|
| согласия пациента. Автономии пациента. | вмешательства. Статья 21. Выбор врача и медицинской организации Статья 22. Информация о состоянии здоровья Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья. Статья 55. Применение вспомогательных репродуктивных технологий. Статья 56. Искусственное прерывание беременности. |
| Конфиденциальность | Статья 13. Соблюдение врачебной тайны. |
| Исполнение врачебного долга. Принцип справедливости и уважения достоинства пациента. | Статья 5. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. Статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Статья 71. Клятва врача. |
| Запрет эвтанази. Уважение к жизни человека в пограничных между жизнью и смертью состояниях. | Статья 45. Запрет эвтаназии. Статья 47. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка). Статья 66. Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий. |

Закон Российской Федерации «Об обращении лекарственных средств»²

| <i>Принципы</i> | <i>Статьи закона</i> |
|--|--|
| Этические принципы биомедицинских исследований. | Статья 43. Права пациентов, участвующих в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения. |

Закон Российской Федерации «О персональных данных»³ (в контексте его применения в здравоохранении)

| <i>Принципы</i> | <i>Статьи закона</i> |
|---|---|
| Информированного добровольного согласия субъекта персональных данных. | Статья 6. Условия обработки персональных данных. Статья 9. Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных. Статья 14. Право субъекта персональных данных на доступ к его персональным данным. |
| Конфиденциальность | Статья 7. Конфиденциальность персональных данных. |

Выдающиеся врачи – педагоги эпохи советской медицинской деонтологии формировали у своих учеников *моральную мотивацию*, побуждающую следовать принципам врачебной этики. В.А. Бушмелев: «Поистине врачом может быть только человек проникнутый альтруизмом, ибо альтруизм – это есть готовность бескорыстно действовать на пользу другим, не считаясь со своими личными интересами»⁴. Е.А. Вагнер: «Именно милосердие, сострадание, сочувствие, доброта диктуют, подсказывают врачу определенный стиль поведения и тон разговора»⁵. С.Я. Долецкий: «Как это утверждение ни банально, но каждый врач должен любить людей и обладать высокоразвитым чувством, которое хорошо

определяется старым, вышедшим ныне из обихода термином – милосердие»б.

Однако, *моральное долженствование* этических принципов медицинской этики ослабевает в результате приобретения ими формы административно - правовой или правовой нормы. Моральная мотивация, закреплённая а форме *моральной ответственности*, отходит на второй план, теряет свою обязательность. Административно – правовая и правовая регламентация априори принимается медицинским сообществом как наиболее действенный и убедительный способ контроля того аспекта деятельности медицинских работников, которая традиционно подлежала регулированию нормативами медицинской этики. Отражением этой тенденции является деятельность такого представительного и уважаемого органа медицинского сообщества как Союз «Национальная Медицинская Палата (НП)» и её региональных отделений, которая «приступила к созданию Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации и предлагает всем желающим принять участие в его разработке»⁷. На основании анализа многообразных материалов НП становится очевидным, что, не смотря на инициативу по разработке Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации, подавляющую часть коллизий врачебной деятельности эксперты и члены Национальной Медицинской Палаты рассматривают в логике административно - правовой и правовой регламентации, а не в логике долженствования моральной ответственности.

Современный уровень медицинской этики, биоэтика, содержит ценности, которые реализуются через административно - правовую и правовую регламентацию. Долженствование моральной ответственности не является основой мотивации и контроля исполнения нормативов биоэтики. Данную тенденцию возможно объяснить особенностями современной доказательной медицины. Доказательная медицина вырабатывает алгоритмы диагностики и лечения заболеваний. Алгоритмы заложены в основу стандартов, рекомендуемых врачам в качестве эталонов методов диагностики и лечения. Соблюдение алгоритмов и соответствующих им количественных параметров, а также отступления от алгоритмов, приводящих к дефектам оказания медицинской помощи, проверяемо при необходимости экспертами. Соблюдение нормативов биоэтики также подлежит стандартизации и формализуется через процедуры подписания пациентами заготовленных стандартных документов информированного добровольного согласия или получения устного информированного согласия от пациента. Следование принципам врачебной этики при этом становится не побуждением моральной ответственности, а формальной процедурой, предписанной стандартом. Отступление от процедуры при возникновении конфликтной ситуации может быть зафиксировано как элемент дефекта оказания медицинской помощи с последующими административно – правовыми санкциями.

С одной стороны, внешний контроль административных и правовых инстанций может компенсировать незрелость моральной ответственности у некоторой части медицинского сообщества.

С другой стороны, административно - правовая и правовая форма регламентации эффективны только тогда, когда субъект находится в сфере досягаемости контролирующих инстанций. В случае, когда субъект находится вне сферы их досягаемости, или ситуация не регламентирована административно - правовыми или правовыми нормами, именно моральная ответственность побуждает врача добросовестно выполнять свои профессиональные обязанности ради блага пациента. Моральная безответственность врача делает пациента незащищённым от причинения вреда при отсутствии внешнего контроля.

Таким образом, тенденция усиления административно – правового и правового контроля врачебной деятельности при размывании моральной мотивации в ситуациях, подлежащих регламентации этическими нормативами медицины, противоречива по своим последствиям.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>

2. Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств" от 12.04.2010 N 61-ФЗ (последняя редакция). Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=314858&fld=134&dst=1000000001,0&rnd>.

3. Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "О персональных данных". Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/

4. Бушмелев, В. А. Думы о врачевании и хирургической клинике, или введение в профессию: [науч.- попул. изд.] / – Ижевск: ИГМА, 2012. – 76 с., С.5.

5. Вагнер, Е.А. Раздумья о врачебном долге – Пермь: Пермское книжное издательство, 1986 - 222 с., С.46.

6. Долецкий, С. Я. Мысли в пути [Текст] / [Послесл. чл.-кор. АМН СССР М. И. Кузина]. - Москва: Советская Россия, 1974. – 320с., С.11.

7. Кодекс профессиональной этики врача// Официальный сайт НП Национальная Медицинская Палата»/<http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=8975>.

СПОСОБЫ И ФОРМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА ПРИ НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лобовикова Ксения Олеговна

*Магистрант ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)»*

*Ижевский институт (филиал),
г. Ижевск*

METHODS AND FORMS OF PROTECTION OF THE PATIENT'S RIGHTS IN CASE OF INADEQUATE MEDICAL CARE

Lobovikova Kseniya Olegovna

*Master student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice
of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

В статье освещены способы и формы защиты прав пациента при оказании ему некачественной медицинской помощи в медицинских организациях, а также предложения по совершенствованию законодательства в сфере оказания медицинских услуг.

Ключевые слова: медицинская помощь, пациент, защита прав, возмещение убытков, моральный вред.

ABSTRACT

In article it is told about methods and forms of protection of the rights of the patient in the provision of low-quality medical care in medical organizations, as well as proposals to improve legislation in the field of medical services.

Keywords: medical care, patient, protection of rights, compensation for damages, moral damage.

Каждому из нас хотя бы раз приходилось получать медицинскую помощь, которая представляет собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг (п. 3 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»).

В статье 41 Конституции Российской Федерации закреплено право каждого человек на бесплатную медицинскую помощь в муниципальных и государственных лечебных учреждениях, а также право на охрану здоровья. И человек, обращаясь в медицинское учреждение, должен знать о своих правах, а также о способах защиты в случае нарушения этих прав.

Среди часто встречающихся нарушений в данной сфере можно указать следующие: отказ от оказания медицинской помощи (например, отказ от госпитализации); при оказании медицинской помощи был причинен вред здоровью; нарушение режима лечения; необоснованное требование об оплате лечения [5].

Пациент в случае обращения за помощью в медицинскую организацию становится потребителем медицинских услуг, соответственно, в случае оказания ему некачественной медицинской помощи имеет право на защиту.

Из перечисленных в статье 12 ГК России способов защиты прав, в области медицинских услуг чаще применяются следующие:

- возмещение убытков;
- взыскание неустойки;
- компенсация морального вреда.

Далее рассмотрим каждый из этих способов в отдельности, в первую очередь возмещение убытков.

Для начала необходимо понять, что закон подразумевает под убытками. Согласно пункту 2 статьи 15 ГК России, убытки делятся на:

- реальный ущерб (расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества). Применимо к сфере медицинских услуг, примером реального ущерба будут служить затраты пациента на лечение и медикаменты, дополнительные обследования, консультации с другими врачами и другие меры по восстановлению здоровья после оказания некачественной медицинской помощи.

- упущенная выгода (неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено). В данном случае упущенной выгодой можно считать заработок пациента, который он мог получить, если бы не медицинская помощь, приведшая к временной нетрудоспособности.

Кроме Гражданского кодекса, возмещение убытков как способ защиты прав пациента предусмотрен Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»:

- в статье 28 указано, что потребитель вправе потребовать полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков оказания медицинской услуги.

- статьей 29 закреплено, что потребитель вправе потребовать полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с недостатками оказанной медицинской услуги.

- статьей 12 установлено право потребителя потребовать от исполнителя возмещения убытков, причиненных необоснованным уклонением от заключения договора, если потребителю не предоставлена возможность незамедлительно получить при заключении договора информацию об услуге.

Следующий способ защиты прав пациента - взыскание неустойки.

В соответствии с п. 1 ст. 330 ГК России неустойка (штраф, пени) – определенная законом или договором денежная сумма, которую должник (в нашем случае - медицинская организация) обязан уплатить кредитору (потребителю медицинских услуг) в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства (например, если медицинская организация нарушила условия договора об оказании медицинских услуг).

Суть неустойки состоит в том, что медицинская организация, как субъект, нарушивший обязательства, обязана кроме возмещения убытков за некачественное оказание услуг, также понести дополнительные имущественные потери.

По Закону «О защите прав потребителей» взыскание неустойки связано с нарушением сроков оказания услуги. Так п. 5 ст. 28 гласит о том, что в случае нарушения установленных сроков оказания услуги исполнитель уплачивает потребителю за каждый день (час, если срок определен в часах) просрочки неустойку (пеню) в размере трех процентов цены оказания услуги, а если цена оказания услуги договором об оказании услуг не определена — общей цены заказа.

Кроме этого, к сфере оказания медицинской помощи можно применить и другие положения данного закона, например:

- нарушение сроков удовлетворения требования пациента о безвозмездном устранении недостатков оказанной медицинской услуги;
- нарушение сроков удовлетворения требования пациента о соответствующем уменьшении цены оказанной медицинской услуги;
- нарушение сроков удовлетворения требования пациента о возмещении понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной ему медицинской услуги своими силами или силами третьих лиц;
- нарушение сроков удовлетворения требования пациента о возврате денег за оказанную медицинскую услугу с недостатками;
- просрочку удовлетворения требования пациента о возмещении убытков.

Еще одним способом защиты прав пациента является компенсация морального вреда.

Согласно статье 151 ГК России, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права (например право на жизнь) либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага (жизнь, здоровье), а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

При решении вопроса о компенсации морального вреда и его размерах, суд учитывает такие обстоятельства как, степень вины нарушителя, степень физических и нравственных страданий и иные обстоятельства, которые суд сочтет заслуживающими внимания.

Необходимо также отметить, что компенсация морального вреда не зависит от возмещения имущественного вреда и других, понесенных убытков.

Помимо способов, выделяют формы защиты прав пациента:

- досудебный порядок;
- судебный порядок.

Из самого названия досудебного порядка понятно, что урегулирование спора происходит до обращения в суд. Пациент может обратиться непосредственно в медицинскую организацию, где ему была оказана некачественная помощь, либо подать жалобу в контролирующие органы: Роспотребнадзор, прокуратуру, общество защиты прав пациентов.

Обычно досудебный порядок урегулирования спора является обязательным, и при его несоблюдении суд может вернуть пациенту исковое заявление.

Если досудебные меры не дали результата, пациент может обратиться в суд. Наступает судебный порядок защиты.

По Закону «О защите прав потребителей», при удовлетворении иска пациента, с медицинской организации суд взыскивает за несоблюдение в добровольном порядке удовлетворения требований пациента штраф в размере 50% от суммы, присужденной судом в пользу пациента-потребителя (п. 6 ст. 13), а также неустойку в размере 3% цены оказанных услуг, в случае нарушения сроков оказания услуг или нарушения сроков удовлетворения отдельных требований потребителя (п. 5 ст. 28).

В связи с возрастающим количеством исков о возмещении вреда вследствие оказания некачественной медицинской помощи, вполне обоснованным представляется

введение обязательного страхования гражданско-правовой ответственности медицинских работников, в случае причинения вреда жизни и здоровью.

Обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что на сегодняшний день у пациентов существует достаточное количество способов реализации права на медицинскую помощь, а также на защиту в случае нарушения данного права.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30 декабря 2008 г. № 6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 г. № 7-ФКЗ, от 5 февраля 2014 г. № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014г. № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 31. Ст. 4398.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая: Федеральный закон от 30.11.1994 N 51-ФЗ // СКС «Консультант Плюс».

3. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ // СКС «Консультант Плюс».

4. Закон Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей" // СКС «Консультант Плюс».

5. Ленковская Р.Р. Пределы реализации права на здоровье: теоретико-правовые аспекты // Актуальные проблемы российского законодательства. 2016. № 13. С.100-105.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК СРЕДСТВО ДОКАЗЫВАНИЯ НАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

Луковников Григорий Дмитриевич

кандидат юридических наук, доцент,

доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин

ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции

(РПА Минюста России)»

Ижевский институт (филиал

г. Ижевск

FORENSIC-MEDICAL EXAMINATION AS A WAY TO PROVE THE MEDICAL OFFENSE BY MEDICAL PROFESSIONALS

Lukovnikov Grigoriy Dmitrievich

Candidate of Law, docent, docent at the Department of Criminal Disciplines of department of criminal disciplines of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются некоторые аспекты назначения и производства судебно-медицинской экспертизы при установлении признаков правонарушений (преступлений) в профессиональной деятельности медицинских работников в сфере охраны здоровья.

Ключевые слова: врачебная деятельность, медицинский работник, медицинская помощь, юридическая ответственность, судебно-медицинская экспертиза, предмет и объект судебной экспертизы.

ABSTRACT

The article discusses some aspects of the appointment and production of a forensic-medical examination when signs of law-violations (crimes) in the professional activities of health workers in the field of health care are established.

Keywords: medical practice, medical worker, medical care, legal liability, forensic-medical examination, subject and object of forensic examination.

В любой профессиональной деятельности человека в зависимости от различных обстоятельств ее исполнения возможны отступления от установленных правил, которые влекут соответствующие виды ответственности правонарушителей с учетом их характера и последствий. Не является исключением и профессиональная деятельность медицинских организаций, медицинских и фармацевтических работников, которые несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи (ч. 2 ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») [3].

Юридическая ответственность рассматриваемых работников за допущенные нарушения при исполнении профессиональных обязанностей может быть, главным образом, в виде административной, гражданской и уголовной. Указанная статья Федерального закона возмещение причиненного вреда жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возлагает на медицинские организации в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации. При этом факт возмещения вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к той или иной ответственности в соответствии с действующим в стране законодательством.

В процессуальных отраслях законодательства среди средств доказывания значительное место занимает назначение и производство судебной экспертизы. Так, согласно ст. 2 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» основной задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, дознавателям, следователям в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла [4]. Именно поэтому в любом процессуальном праве, в том числе и уголовно-процессуальном, одним из основных средств доказывания является назначение и производство соответствующей судебной экспертизы и составление на основе проведенного исследования экспертом заключения, которое является одним из видов доказательств в любом деле (административном, гражданском, уголовном), но и другие заключения специалистов могут выступать в качестве доказательств по делу [5]. Наряду с ним и в связи с дачей экспертом заключения он может быть допрошен в качестве эксперта по обстоятельствам проведенного им исследования и сделанных выводов в целях их разъяснения и уточнения (см., например, п. 3 ч. 2 ст. 74, ч.ч. 1 и 2 ст. 80 УПК России). При этом основания, порядок назначения и производства любой судебной экспертизы, требования, предъявляемые к заключению эксперта, в соответствии с указанным Федеральным законом и законодательством в соответствующем процессуальном праве остаются едиными. Именно в этом направлении в целом сегодня наметилась тенденция развития современного процессуального законодательства, о чем убедительно свидетельствовал еще в 20-х годах прошлого столетия В.А. Рязановский [2].

Однако, в отличие от иных сфер человеческой деятельности, врачебная деятельность весьма разнообразна и поддается регламентации нормативными предписаниями лишь в определенной степени, которые могут не охватывать всего разнообразия действий медицинских работников. Надо полагать, что это обусловлено особенностями

индивидуального течения заболевания каждого больного. В этой связи в основу оценки профессиональных действий медицинского работника кладутся лишь положения самой медицинской науки и лечебной практики. Поэтому при оценке качества медицинской помощи следует учитывать, что в медицине не может быть стандартного подхода к больным, стандартного выбора метода лечения и диагностики даже при одних и тех же заболеваниях, так как врач лечит не болезнь, а больного: каждый врач должен обладать определенным минимумом медицинских знаний, лежащих в основе общепринятых лечебно-диагностических мероприятий на данный момент развития медицинской науки и лечебной практики.

Судебно-медицинская практика свидетельствует о том, что правильная медицинская и юридическая оценка качества медицинской помощи во многих случаях представляет значительные трудности, даже если при этом и имело место определенное отступление от общепринятых в медицине правил и способов лечения. Так, апелляционным определением Верховного суда Удмуртской Республики решение Октябрьского районного суда г. Ижевска в качестве суда первой инстанции оставлено без изменения, апелляционная жалоба П. – без удовлетворения [1]. В обоснование принятого решения была положена совокупная оценка судом первой инстанции представленных материалов дела, консультаций специалистов, заключений ряда судебно-медицинских экспертиз и дополнительной судебно-медицинской экспертизы, а также судебно-медицинского заключения, выполненного в рамках проверки заявления о ненадлежащем исполнении сотрудниками МУЗ «ГКБ № 4» М.Т. и Г.Н. своих обязанностей (ст. 293 УК России), согласно которым причиненный вред здоровью истца явился следствием осложнения, возникшего после проведения операции, а не результатом некачественно оказанной медицинской услуги; вина врача, проводившего операцию, не доказана, причинно-следственная связь между его действиями и наступившими последствиями не установлена.

Как показывает экспертная практика, при выполнении медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей причинение вреда здоровью граждан или их смерть может быть и не связана с их недобросовестным отношением к этим обязанностям. В таких случаях говорят о врачебной ошибке или несчастном случае в медицинской практике.

Термин «врачебная ошибка» имеет хождение лишь в медицинской практике, когда неблагоприятный исход лечения связан с добросовестным заблуждением врача, а субъективные признаки небрежности или самонадеянности отсутствуют. Такие ошибки обычно делят на диагностические, лечебно-тактические, лечебно-технические и организационные. Подобные ошибки обусловлены рядом объективных и субъективных факторов, которые подлежат всестороннему, полному и объективному исследованию, в результате которого персональной ответственности медицинского работника может не последовать.

Под несчастным случаем, связанным со смертью больного, в медицинской практике понимаются такие неблагоприятные исходы при оказании медицинской помощи, когда врач действовал правильно, а исход связан со случайными обстоятельствами, которые он не мог предвидеть, следовательно, и предотвратить при самом добросовестном выполнении своих обязанностей. Подобные исходы могут быть связаны с индивидуальными особенностями организма, что при жизни установить не представилось возможным. Такие несчастные случаи возможны после предохранительных прививок, при даче наркоза, в момент различных диагностических манипуляций.

Одним из наиболее сложных и трудоемких видов экспертиз является судебно-медицинская экспертиза при расследовании уголовных дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Трудности при проведении такого рода судебно-медицинских экспертиз заключаются: во-первых, в сложности ретроспективной оценки состояния здоровья человека; во-вторых, в сложности оценки индивидуальной реакции больного организма на проводимое лечение, его своевременность, полноту и

эффективность; в-третьих, в сложности решения всех этих вопросов по документам при отсутствии возможности провести полноценное обследование пациента или его трупа.

Экспертиза по данной категории уголовных дел всегда назначается и проводится в государственном экспертном учреждении – в соответствующем бюро судебно-медицинских экспертиз, имеющем несколько лабораторий и аттестованных сотрудников-экспертов.

Основной предмет, решаемый судебно-медицинской экспертизой при расследовании уголовных дел, связан с установлением причины смерти, тяжести причиненного вреда здоровью и, в контексте данной статьи, нарушениями медицинских работников своих профессиональных обязанностей, в числе которых на разрешение эксперта могут быть поставлены следующие вопросы.

1. Какова причина смерти (при смертельном исходе) или какова степень тяжести причинения вреда здоровью (при не смертельном исходе)?

2. Имеются ли упущения в действиях медицинского персонала и в чем это выражается?

3. Какова причина неправильных действий медицинского персонала (несвоевременная госпитализация, индивидуальная необычность течения заболевания, отсутствие диагностической аппаратуры, недостаточная опытность врача и т.д.)?

4. Имел ли врач возможность предвидеть опасные последствия своих действий (бездействия) и мог ли он их предотвратить?

5. При неправильной диагностике указать: были ли применены врачом все способы распознавания заболевания и какие показанные методы не использованы; какие меры приняты для уточнения диагноза (консультации специалистов, консилиумы и т.п.).

6. При неправильно проведенном оперативном вмешательстве установить: в чем конкретно выражались неправильные действия врача в процессе подготовки, проведения операции и в послеоперационном периоде; каковы причины неправильного проведения операции.

7. Имеется ли причинная связь между упущениями медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания и в чем она выражается? Если причинная связь отсутствует, то необходимо обосновать ее отсутствие.

8. Если врачебные действия были правильными, то каковы причины неблагоприятного исхода заболевания?

9. При неоказании медицинской помощи (неявка врача по вызову больного, отказ в госпитализации, несвоевременное оказание медицинской помощи) установить, мог ли врач предвидеть те неблагоприятные последствия для больного, которые развились?

10. При обвинении нескольких медицинских работников указать, кто из них должен был выполнить определенные лечебные мероприятия, а также оценить значение действий каждого в наступлении неблагоприятного исхода.

11. Можно ли было при правильном и своевременном оказании медицинской помощи спасти жизнь больному?

12. Какие нарушения имели место в организации медицинской помощи в данном лечебном учреждении?

В любом случае, предмет судебно-медицинской экспертизы складывается из обстоятельств, подлежащих доказыванию, достижений медицинской науки и возможности сделать на основе ее данных обоснованные выводы, а также данных медицинской практики в сфере охраны здоровья граждан. В упомянутом примере из судебной практики, суд апелляционной инстанции признал правомерным решение суда первой инстанции, когда тот не принял в качестве доказательства нарушений со стороны медицинского персонала при оказании медицинской помощи П., вывод, изложенный в заключении ГАУЗ «Республиканское бюро СМЭ МЗ Республики Татарстан» о причинах перфорации матки, поскольку при назначении данной экспертизы перед экспертами не ставился вопрос о наличии либо отсутствии нарушений (недостатков) со стороны сотрудников МУЗ МСЧ «Ижмаш» в процессе оказания медицинской помощи П.

В соответствии со ст. 10 упомянутого Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» объектами исследований являются вещественные доказательства, документы, предметы, животные, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза, в том числе исследования также могут проводиться в отношении живых лиц (заявителя, потерпевшего и т.д.).

При проведении исследований вещественные доказательства и документы с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, могут быть повреждены или использованы только в той мере, в какой это необходимо для проведения исследований и дачи заключения. Указанное разрешение должно содержаться в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы либо соответствующем письме.

Повреждение вещественных доказательств и документов, произведенное с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, не влечет за собой возмещения ущерба их собственнику государственным судебно-экспертным учреждением или экспертом.

В случаях невозможности транспортировки объекта исследований в государственное судебно-экспертное учреждение, орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, обеспечивают эксперту беспрепятственный доступ к объекту и возможность его исследования.

Если судебно-медицинская экспертиза назначается тогда, когда в результате лечения последовала смерть, и к моменту проведения экспертизы умершего успевают захоронить, основными объектами экспертизы, как правило, являются различные документы: история болезни, амбулаторная карта, медицинская книжка, протокол вскрытия трупа и другие.

В ряде случаев эти материалы дополняются гистологическими препаратами внутренних органов умершего, прижизненными и посмертными рентгенограммами, образцами крови, взятой для лабораторных исследований и т.д. Если труп не захоронен, то проводят повторное вскрытие. Иногда возникает необходимость проведения повторного вскрытия трупа и после его эксгумации.

Целенаправленное исследование объектов судебной экспертизы должно быть завершено всесторонней, полной и объективной оценкой полученной информации, не имеющей внутренних противоречий. Это обеспечит составление экспертом (экспертами) по результатам проведенных исследований соответствующего заключения, которое включает описание всех проведенных исследований и завершается научно аргументированными выводами, представляющими собой ответы на поставленные вопросы следователя.

Статья 8 приведенного Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» предъявляет достаточно высокие требования экспертному исследованию и его заключению, согласно которой эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Список литературы:

1. Апелляционное определение Верховного суда Удмуртской Республики от 15.08.2012 по делу № 33-2580 (документ опубликован не был) // СПС Консультант Плюс.
2. Рязановский В.А. Единство процесса. – Пособие. – М.: Юридическое бюро «Городец». 1996. – 74 с.
3. Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. 28 ноября. № 48. Ст. 6724. Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru/>

4. Собрание законодательства Российской Федерации. 2001. 4 июня. № 23. Ст. 2291 (документ в указанной редакции не опубликован).

5. Калугина Н.Г., Хайертдинов Ф.Х. Защита прав человека в уголовном процессе с применением полиграфа. Восточно-Европейский научный вестник. 2015. № 1. С. 82-85.

СИСТЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ОБОРОТ (ОБРАЩЕНИЕ) ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Малышева Ангелина Игоревна

Аспирант ФГБОУ ВО

«Всероссийский Государственный Университет Юстиции»

г. Калуга

THE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION LEGISLATION GOVERNING TURNOVER (CIRCULATION) OF DRUGS

Malysheva Angelina Igorevna.

PhD student of the all-Russian state University of justice

(RPA of the Ministry of justice of Russia), Kaluga

АННОТАЦИЯ

Исследование направлено на анализ системы законодательства Российской Федерации, регламентирующего оборот (обращение) лекарственных средств, а именно правоотношений, которые связаны с разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями лекарственных средств путем применения метода системного анализа, в результате чего сделан вывод о том, что действующая система российского законодательства в области регулирования оборота лекарственных средств представлена достаточным количеством источников права, постоянно совершенствуется и основана, в том числе, на нормах международного права.

Ключевые слова: обращение лекарственных средств; медицинское право; лекарственные препараты; фармацевтика; медицинская организация; лицензирование лекарственных средств и фармацевтической деятельности; медицинский кластер; клинические исследования.

ABSTRACT

The study aims to analyze the system of legislation of the Russian Federation regulating the turnover(circulation) of medicines, namely legal relations that are associated with the development, preclinical studies, clinical trials of medicines through the use of the method of system analysis, as a result of which it is concluded that the current system of Russian legislation in the field of regulation of medicines is represented by a sufficient number of sources of law, is constantly improved and based, including, on the norms of international law.

Keywords: circulation of medicines; medical law; medicines; pharmaceuticals; medical organization; licensing of medicines and pharmaceutical activities; medical cluster; clinical studies.

В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию [2].

Приведенное положение закреплено в Конституции Российской Федерации и гарантирует гражданам российского государства право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Представляется, что невозможна реализация названных прав без применения гражданами лекарственных средств и осуществлением надлежащего контроля со

стороны органов государственной власти за обращением лекарственных средств, которые приобретаются гражданами или предоставляются им на безвозмездной основе или в порядке приобретения с последующей компенсацией расходов на их приобретение.

Система законодательства – это понятие, которое широко используется в доктрине гражданского права и заимствовано ей из теории государств и права, которую исследуют еще на первых ступенях изучения юридической науки. Система законодательства представляет собой совокупность нормативно-правовых актов, которые обладают юридической силой, согласованностью друг с другом и внутренним единством.

Так, представляется возможным определить систему законодательства Российской Федерации, которое в настоящее время регламентирует оборот лекарственных средств на территории государства.

Ведущее место в системе этого законодательства принадлежит Конституции Российской Федерации, которая в ст. 41 закрепляет базовые права и гарантии граждан в сфере обращения лекарственных средств.

Благодаря Федеральному закону от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», можно отметить, что нормативно-правовое регулирование оборота лекарственных средств в России находится на стадии активного развития и конкретизации. Именно указанный федеральный закон является неким «базисом», на основе которого происходит дальнейшее развитие рассматриваемого в настоящей статье направления [4].

Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» регламентирует оборот (обращение) лекарственных средств, а именно правоотношения, которые связаны с разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями лекарственных средств, проведением их экспертизы, осуществлением государственной регистрации и стандартизации, проведением контроля качества, производства, изготовления, хранения, перевозки, ввоза в Российскую Федерацию, вывоза из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением и уничтожением лекарственных средств.

За почти 10 лет своего существования, в ФЗ «Об обращении лекарственных средств» вносились изменения и дополнения около 30 раз, что подтверждает позицию автора о том, что вопросы обращения лекарственных средств постоянно исследуются и конкретизируются законодателем.

Более того, в настоящее время на рассмотрении комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья находится проект федерального закона № 592388-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» в части государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» (законопроект был принят в первом чтении) [14].

Указанный законопроект был разработан во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 29 декабря 2016 г. № Пр-2586 и указания Президента Российской Федерации от 6 июля 2018 г. № Пр-1161 в целях утверждения Правительством Российской Федерации правил обязательной перерегистрации в 2018 - 2019 годах ранее зарегистрированных предельных отпускных цен на лекарственные препараты и установления обязанности держателей или владельцев регистрационных удостоверений лекарственных препаратов снижать ранее зарегистрированные цены на лекарственные препараты при наступлении случаев, установленных Правительством Российской Федерации.

На федеральном уровне в настоящее время действует ряд специальных законов и подзаконных актов, которые направлены на регламентацию правоотношений, которые возникают в области обращения лекарственных средств. Среди них можно выделить:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (определяет полномочия органов государственной власти соответствующих уровней по регулированию оборота лекарственных средств) [5];

Федеральный закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» (устанавливает пределы и ограничения рекламы лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг, методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, методов народной медицины) [3];

Постановление Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2018 г. № 1556 «Об утверждении Положения о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения» (определяет порядок нанесения средств идентификации лекарственных препаратов, структуру, формат идентификации, необходимые характеристики лекарственных препаратов, организацию системы мониторинга движения лекарственных препаратов) [10];

Постановление Правительства Российской Федерации от 27 августа 1999 г. № 967 «О производстве и обороте спиртосодержащих лекарственных средств и парфюмерно-косметической продукции (средств)» (устанавливает особенности производства спиртосодержащих лекарственных средств по фармакопейным статьям) [6];

Постановление Правительства Российской Федерации от 3 сентября 2010 г. № 674 «Об утверждении Правил уничтожения недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных лекарственных средств и контрафактных лекарственных средств» (определяет одноименные правила) [7];

Постановление Правительства Российской Федерации от 24 января 2017 г. № 62 «О проведении эксперимента по маркировке контрольными (идентификационными) знаками и мониторингу за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения» [9];

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 7 августа 2015 г. № 5539 «Об утверждении Порядка осуществления выборочного контроля качества лекарственных средств для медицинского применения» (определяет порядок осуществления выборочного контроля качества лекарственных средств для медицинского применения) [12];

Приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора» [13];

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» [11];

Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2018 г. № 25-4/10/1-1221 (устанавливает методические рекомендации по организации оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов для медицинского применения в медицинских и аптечных организациях) [13].

Отдельно необходимо выделить «Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза», заключенное в г. Москве 23 декабря 2014 г., основной идеей заключения которого, по мнению автора, является формирование общего рынка лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза в целях укрепления здоровья населения [1].

Необходимо обратить внимание, что в рамках настоящего исследования были приведены и кратко охарактеризованы не все нормативно-правовые акты и подзаконные акты, которые на сегодняшний день действуют в Российской Федерации. Более того, рассмотрены были лишь основные, по мнению автора, источники права, регламентирующие прямо или косвенно оборот лекарственных средств.

В рамках исследования была предпринята попытка рассмотреть систему законодательства Российской Федерации в области оборота лекарственных средств для формирования мнения о реальности и действенности рассматриваемой системы. Представляется возможным сделать вывод, что система законодательства в области оборота или обращения лекарственных средств в Российской Федерации является достаточно подробной и нельзя утверждать, что рассматриваемое направлением государством без внимания законодателя.

Лекарственные средства относятся к социально значимой продукции, политика российского государства направлена на обеспечение доступа к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам для жизни и здоровья людей.

Список литературы:

1. Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза, заключенного в г. Москве 23 декабря 2014 г. // СПС «Гарант»;
2. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) // Российская газета от 25 декабря 1993 г. № 237;
3. Федеральный закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» // Российская газета от 15 марта 2006 г. № 51;
4. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета от 14 апреля 2010 г. № 78;
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23 ноября 2011 г. № 263;
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 августа 1999 г. № 967 «О производстве и обороте спиртосодержащих лекарственных средств и парфюмерно-косметической продукции (средств)» // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 сентября 1999 г., № 36, ст. 4401;
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 сентября 2010 г. № 674 «Об утверждении Правил уничтожения недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных лекарственных средств и контрафактных лекарственных средств» // Собрание законодательства Российской Федерации от 13 сентября 2010 г. № 37 ст. 4689;
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 февраля 2011 г. № 91 «О федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» // Российская газета от 18 марта 2011 г. № 57;
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 24 января 2017 г. № 62 «О проведении эксперимента по маркировке контрольными (идентификационными) знаками и мониторингу за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения» // Российская газета от 3 февраля 2017 г. № 24;
10. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2018 г. № 1556 «Об утверждении Положения о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения» // Собрание законодательства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. N 53 (часть I) ст. 864;
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» // СПС «Гарант»;
12. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 7 августа 2015 г. № 5539 «Об утверждении Порядка осуществления выборочного контроля качества лекарственных средств для медицинского применения» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 30 ноября 2015 г. № 48;
13. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2018 г. № 25-4/10/1-1221 // СПС «Гарант»;
14. Система обеспечения законодательной деятельности. – сайт: <http://sozd.duma.gov.ru/bill/592388-7> (Дата обращения 06.03.2019 года).

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА КАК ГЛАВНАЯ ОБЯЗАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Маслова Алёна Владимировна
Старший специалист 3 разряда службы судебных приставов по Сарapulьскому и
Каракулинскому районам, г. Сарapul.

MEDICAL SECRECY AS THE MAIN DUTY OF MEDICAL WORKERS IN THE MODERN WORLD

Maslova Alena Vladimirovna
senior specialist of the 3rd category
of the bailiff service in Sarapul And Karakul districts, Sarapul.

АННОТАЦИЯ

В статье освящены примеры нарушения медицинскими работниками главной обязанности – врачебной тайны. Акцентируется внимание на проблеме соблюдения прав человека при оказании помощи как обычной, так и психиатрической. Дается определение понятию «врачебная тайна» на основе анализа Федерального законодательства. Определяются проблемы, возникающие при сохранении и разглашении сведений, составляющих врачебную тайну.

Ключевые слова: врачебная тайна, медицинский работник, права, обязанности, психиатрическая помощь.

ABSTRACT

The article is sanctified examples of violations of health care workers main duties of medical confidentiality. Attention is focused on the problem of human rights in the provision of both conventional and psychiatric care. The definition of the concept of "medical secrecy based on the analysis of Federal legislation. The problems arising in the preservation and disclosure of information constituting medical secrecy are determined.

Keywords: doctor-patient confidentiality, a medical worker, the rights, duties, and psychiatric care.

В последние годы усиливается контроль (как правовой, так и общественный) за деятельностью медицинских работников. В современном мире все больше нарушаются права людей, обратившихся за медицинской помощью в медицинские организации. Не остаются без внимания вопросы, связанные с врачебной тайной. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорит: сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну[7]. Современная клятва врача, которую произносят при получении диплома о высшем медицинском образовании, составляла текст ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. Верховным Советом Российской Федерации 22.07.1993 г. N 5487-1, утр. силу с 1 января 2012 г.). В ней также было указано на обязательство врача перед пациентом "хранить врачебную тайну" [8]. Правовая обязанность врача в отношениях с пациентами - соблюдение врачебной тайны. Это правило представляет собой одно из классических требований профессиональной врачебной этики. Оно подразумевает собой соглашение о том, что врач без согласия пациента не вправе распространять информацию, которая стала известна ему в ходе обслуживания пациента, среди тех лиц, которые не имеют прямого отношения к его лечению.

Так, Калтанский районный суд Кемеровской области, рассмотрев дело № 2-36/14, УСТАНОВИЛ: Гавриленко С.В. обратилась в суд, просит взыскать с ответчика в свою пользу компенсацию морального вреда. Свои требования обосновывает тем, что в 2009 году, точную дату не помнит, но примерно в январе, она обратилась за медицинской помощью в

связи с ХХ, данный диагноз был подтвержден пульмонологом. После первого ее обращения, она периодически вынуждена обращаться за медицинской помощью в Отделение Скорой Медицинской Помощи МУЗ ЦГБ. В период с 2008 года по 2011 год она работала в должности следователя СО при ОВД по г. Калтан. В декабре 2009 года, точную дату не помнит, к ней поступило заявление главного врача МУЗ ЦГБ г.Калтан с просьбой дать правовую оценку действиям врача ОСМП МУЗ ЦГБ г. Калтан Терскова С.К. В январе 2010 года ею было возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ст.2 УК России в отношении Терскова С.К. В конце декабря 2009 года, точно дату не помнит, у нее случился ..., и она была вынуждена вызвать скорую помощь. На вызов приехал Терсков С.К., который оказал ей медицинскую помощь. Терсков С.К. написал обращение в адрес начальника УВД по КО и начальника УСБ, в котором нарушил врачебную тайну. В своем обращении Терсков С.К. указал, цитирует «Следователь ГОВД г. Калтан Гавриленко СВ. страдает таким заболеванием, как О данном заболевании ему известно, как врачу скорой помощи, так как он неоднократно приезжал к ней на купирование приступа ... в составе бригады скорой помощи». О данном обращении ей стало известно ХХ после получения заключения служебной проверки. В соответствии со ст. 61 Основ эти сведения составляют врачебную тайну. Письменного согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, она не давала. Разглашение медицинской организацией сведений, составляющих врачебную тайну причинило ей вред здоровью, а именно: участились приступы ..., что подтверждается сигнальными листами вызова. По вине ответчика ей пришлось пережить увольнение из ОВД г. Калтан, что повлекло физические и нравственные страдания. Ей причинен моральный вред из-за разглашения врачебной тайны, что послужило поводом для ее увольнения. Поражают низкие мотивы ответчика, которые побудили его разглашать сведения, составляющие врачебную тайну: это желание «насолить» следователю и стремление уйти от уголовной ответственности. Ответчик говорил, что им двигало желание «осведомить» руководство УВД об ее заболевании: что он посчитал свои «долгом». Суд удовлетворил данное требование[5].

Также закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» подчеркивает важность соблюдения врачебной тайны. Статья 8 данного закона содержит запрет на требование предоставления сведений о состоянии психического здоровья гражданина либо обследования его врачом-психиатром, кроме случаев, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации [6].

Наиболее уязвимую категорию граждан представляют лица с психическими заболеваниями. В силу своеобразности их заболевания, они находятся за гранью социальных рамок из-за специфичного восприятия ими социума, а также идентификации себя в нем [3]. Поэтому логично, что на первом месте по значимости стоит проблема соблюдения врачебной тайны. В практической деятельности врачи-психиатры довольно часто сталкиваются с проблемой - кому и в каких случаях разрешено предоставить сведения о пациенте, которые составляют врачебную тайну. Пациент вправе полагаться на то, что врач сохранит в тайне всю медицинскую и иную доверенную ему личную информацию, опираясь не только на нормы права, но и на профессиональные этические нормы. Но не всегда пациент может получить положительное решение суда по данному вопросу.

Так, по делу № 2-497/2018 от 16 февраля 2018 г., Ленинский районный суд <адрес> края рассмотрел истец обратился в суд с названным иском, в обоснование заявленных требований указав, что ответчиками КГБУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница, Управление ФСБ России по <адрес> в отношении нее незаконно распространены сведения, составляющие врачебную тайну, в частности, о состоянии ее психического здоровья. Представитель ГБУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница требования не признала, пояснила, что информация предоставлялась по официальным запросам, среди третьих лиц не распространялась.

Представитель Управления ФСБ России по <адрес> требования не признал, пояснил, что информация истребовалась официальным запросом, среди третьих лиц не

распространялась. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается, в том числе, по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба. Суд не удовлетворил требований истца[4].

Таким образом, можно сделать вывод, что не все требования истца в части разглашения медицинскими работниками врачебной тайны удовлетворяются. Есть разные обстоятельства, которые, так или иначе, влияют на разглашение врачебной тайны. К таким обстоятельствам можно отнести, в частности, обстановку, сроки [4], иные объективные признаки деяния.

Список литературы:

1. Аксенова-Сорохтей Ю.Н. Правовые аспекты врачебной тайны / Ю.Н. Аксенова-Сорохтей//Научный поиск в современном мире: сбор. матер. 5-й междунар. научн.-практ. конф. — Махачкала: ООО «Апробация», 2014. С. 150-156.
2. Александров А.А. Некоторые особенности понятия врачебной тайны в уголовном судопроизводстве / А.А. Александров // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Право. - 2011. - № 6 (223). С. 15-21.
3. Стойка М.М. Проблемные вопросы правового регулирования при оказании психиатрической помощи / М.М. Стойка // Журнал правовых и экономических исследований. - 2011. - № 2. С. 36-40.
4. Калугина Н.Г., Галиахметов М.Р. Сроки производства дознания. Вестник Российской правовой академии. 2016. №2. С 79-82
5. Решение № 2-497/2018 2-5285/2017 от 16 февраля 2018 г. по делу № 2-497/2018. - Режим доступа: <http://sudact.ru/regular/doc/J5Gls0VgfSJ4/> - (дата обращения 12.02.2019)
6. Решение № М-653/2013 2-36/14 2-683/2013 2-36/2014(2-683/2013);~М-653/2013 2-36/2014 от 13 марта 2014 г. - Режим доступа: <http://sudact.ru/regular/doc/O9cLr6pDi8Wt/> - (дата обращения 12.02.2019)
7. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) / Правовой Сервер КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 11.02.2019).
8. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) / Правовой Сервер КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>. (дата обращения 11.02.2019).
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС Российской Федерации 22.07.1993 № 5487-1 (ред. От 07.12.2011) (утратил силу с 1 января 2012) / Правовой Сервер Консультант Плюс [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>. (дата обращения 11.02.2019).

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Маслова Надежда Сергеевна

*заместитель главного врача по экономическим вопросам бюджетного учреждения
здравоохранения «Воткинская городская детская больница Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики»,
г. Воткинск*

LEGAL REGULATION OF FINANCING OF MEDICAL ACTIVITIES

*Maslova Nadezhda Sergeevna,
Deputy Head Doctor for Economic Issues at the State Healthcare Institution Votkinsk City
Children's Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, Votkinsk*

АННОТАЦИЯ

В статье освещены вопросы финансирования медицинской деятельности. Обозначены основные проблемы, возникающие при лечении пациентов и выделении на это денежных средств из различных бюджетов. Рассматриваются основные правовые акты, которые регулируют основы финансирования медицинской деятельности.

Ключевые слова: финансирование, медицинская деятельность, правовое регулирование.

ABSTRACT

The article deals with the financing of medical activities. The main problems arising in the treatment of patients and the allocation of funds from various budgets are identified. The basic legal acts that regulate the basis of financing of medical activities are considered.

Keywords: financing, medical activities, legal regulation.

В настоящее время экологическое состояние планеты приводит к тому, что количество больных в медицинских учреждениях с каждым годом растет. При этом того финансирования, которое проводится на различных уровнях, далеко недостаточно.

Право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в Российской Федерации гарантируется самой Конституцией. Так, согласно статье 41 каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Но в реальной ситуации на практике уровень медицинской помощи и вообще медицины в целом значительно отстает от мирового уровня [1].

Право на охрану здоровья гарантируется не только российским законодательством, но и нормами международного права, в частности, Европейской конвенцией о защите прав человека и основных свобод (от 4.11.1950 г.), которая запрещает жестокое и бесчеловечное обращение (ст. 3), запрещает произвольно лишать человека жизни (ст. 2), гарантирует защиту врачебной тайны (ст. 8), судебную защиту прав пациентов (ст. 5 и 6) и др.

Система здравоохранения законодательно определена и включает в себя органы государственной власти и управления, медицинские и фармацевтические организации и учреждения. Организация охраны здоровья, как предусмотрено ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» осуществляется путем [2]:

- государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования;
- разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний (в том числе социально значимых и представляющих опасность для окружающих), и по формированию здорового образа жизни населения;
- организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями;
- обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- обеспечения определенных категорий российских граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания;
- управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом[4].

Согласно договору, оплата за оказанную медицинскую помощь оплачивается практически через два месяца после лечения. Пока согласовываются все счета, пока идет сверка всех расчетов, внесение плановых поправок, вся процедура может затянуться надолго. Но медицинские учреждения нуждаются в денежных средствах «здесь и сейчас» и должны на что-то лечить пациента. Часто получается так, что необходимо дорогостоящее лечение, а осуществить его невозможно, поскольку данные расходы не были предвидены.

Одной из больших проблем и недочетов законодательства является существование системы штрафов. Эта система не является до конца продуманной. Большая часть средств, поступающих в медицинские учреждения, являются целевыми. Однако не всегда эти средства используются по целевому назначению.

Обозначим на примере. Согласно Приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" в случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения [3].

В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования [2].

А представим себе такую ситуацию. Медицинскому учреждению оказали крупную благотворительную помощь в виде продуктов, таким образом, восполнив полугодовой запас необходимой еды. При этом медицинскому учреждению крайне необходимы медицинские аппараты, а также инвалидные коляски. Казалось бы, руководитель может направить деньги, полученные из бюджета, на эти самые коляски, но... По закону он не имеет на это права. Более того, нецелевое использование бюджетных средств карается законом[5].

Получается, что деньги есть, потратить их по целевому назначению нет смысла на конкретный момент, а на необходимое оборудование потратить нет возможности, так как принятие подобного решения центрируется выше. А при использовании не по целевому назначению у медицинского учреждения есть шанс получить штраф.

Но с другой стороны, подобные меры приняты в связи с тем, что очень часты случаи нецелевого использования средств в свой карман. Так что получается палка о двух концах.

Подводя итоги, необходимо отметить, что российское законодательство в области финансирования системы здравоохранения требует тщательного пересмотра и доработки. Несмотря на все выделяемые государством средства, необходимо привлечение инвесторов, повышение эффективности привлеченных ресурсов, большая работа над целевым и нецелевым использованием средств.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ)
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019) //Консультант Плюс
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 03.03.2011 N 19998) //Консультант Плюс
4. Николаенко М. Ю. Источники финансирования здравоохранения // Молодой ученый. 2018. №16. С. 163-165. URL <https://moluch.ru/archive/202/49513/> (дата обращения: 07.03.2019).
5. Калугин С.С., Калугина Н.Г. Коммерческий подкуп как уголовное преступление коррупционной направленности. Восточно-Европейский научный вестник. 2016. № 3 (7). С. 37-39.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ПОРЯДКА ВЫБОРА ГРАЖДАНИНОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Марданов Дмитрий Нургаянович

*кандидат медицинских наук, председатель Совета общественной организации
«Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских
работников», главный врач БУЗ УР "Городская поликлиника № 1 Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики"*

г. Ижевск

Орлова Ольга Викторовна

*главный врач НУЗ "Отделенческая больница на станции Ижевск
ОАО РЖД"*

г. Ижевск

Агеев Денис Павлович

*заместитель главного врача по медицинской части "Отделенческая больница на
станции Ижевск ОАО РЖД"*

г. Ижевск

DUTIES AND RIGHTS OF THE MEDICAL INSTITUTION IN COMPLIANCE WITH THE PROCEDURE FOR THE CHOICE OF A CITIZEN OF A MEDICAL ORGANIZATION IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE UNDER THE PROGRAM OF STATE GUARANTEES

Mardanov Dmitriy Nurganovich

candidate of medical Sciences, chief physician BUZ UR "City polyclinic №1", Izhevsk

Orlova Olga Victorovna

chief physician NUZ "Otdelencheskoy hospital at the station Izhevsk,

Russian Railways" ,Izhevsk

Ageev Denis Pavlovich

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются правовые обязанности медицинской организации в оказании медицинской помощи гражданам, выбравшим ее вне территориального принципа. Оцениваются юридические риски при отказе в выборе гражданином лечебного учреждения. Оценивается право пациентов на получение, а медицинских организаций на оказание качественной медицинской помощи при соблюдении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

Ключевые слова: выбор медицинской организации, обязанности, права.

ABSTRACT

The article deals with the legal obligations of a medical organization in the provision of medical care to citizens who choose it outside the territorial principle. Evaluated legal risks in case of refusal in the selection of the citizen of the medical institution. The right of patients to receive and medical organizations to provide quality medical care in compliance with the procedure of choosing a medical organization by a citizen in the provision of medical care under the program of state guarantees is evaluated.

Keywords: choice of medical organization, duties, rights.

С введением в действие Федерального Закона "Об основах охраны здоровья граждан" изменилось правовое поле, регламентирующее взаимодействие между пациентом и лечебными учреждениями при выборе медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в рамках государственных гарантий [1]. Так, согласно ст. 21 323-ФЗ и в соответствии с пп. 4 п. 1 ст. 16 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [1, 2]. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) [1].

Для конкретизации этой деятельности Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации был издан соответствующий подзаконный акт, где четко был определен порядок действий гражданина и медицинских организаций [3]. Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации. После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления. Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление. В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель

медицинской организации, принявшей заявление, информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание. В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание медицинская организация, принявшая заявление, направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание. После получения уведомления медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания и направляет копию медицинской документации гражданина в медицинскую организацию, принявшую заявление [3].

Таким образом, порядок перехода из одной медицинской организации в другую четко определен, конкретизирован. Определены все необходимые действия со стороны пациента и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Однако, на практике исполнить этот порядок бывает достаточно затруднительно и проблематично. Во-первых, из-за кадрового дефицита и объема работы, возложенной на ЛПУ, сложно выдержать характер и сроки необходимой корреспонденции. Во-вторых, передача амбулаторной карты из организации в организацию вызывает риск непредоставления медицинской документации при проверке страховыми компаниями, что влечет за собой штрафные санкции (4). На практике, пациент вынужден сам забирать амбулаторную карту и иные медицинские документы и передавать их в ЛПУ, выбранное им по заявлению на обслуживание.

Согласно Приказа Минздрава России № 543н от 15.05.2012 г. [3], организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан. В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной пунктом 18 "Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению". Так, на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения). Превышение количества прикрепленного населения на одном терапевтическом участке может привести к ухудшению качества оказания медицинских услуг за счет уменьшения количества времени, которое врач должен уделить каждому пациенту, пришедшему на прием [5]. В то же время у пациента есть право выбора медицинской организации [1, 3]

С одной стороны, медицинская организация должна соблюсти норму закона, с другой - обеспечить необходимую доступность медицинской помощи. Так, при выборе гражданином медицинской организации для получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий законом не предусмотрено получение согласия выбранного медицинского учреждения для прикрепления гражданина к учреждению [7]. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в рамках программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, реализуют конституционные гарантии в сфере охраны здоровья и не вправе в силу положений статьи 11 Федерального закона №323-ФЗ отказать в оказании такой медицинской помощи застрахованному лицу. Согласно пункту 3 статьи 5 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний [1]. Кроме того, согласно пункта 1 статьи 151 ГК России, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может наложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда [6]. Более того, ряд судебных инстанций отмечают, что положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное Приказом Минздрава России № 543н от 15.05.2012 г., не содержит нормы об отказе гражданину в выборе медицинской организации не по территориальному принципу [7, 8]. Доводы медицинских организаций, что оказание медицинской помощи будет невозможным, в связи с перегруженностью участка и не укомплектованностью врачами, не могут быть приняты во внимание, поскольку в силу ст. 16 ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации. Законом не предусмотрены такие основания для отказа в прикреплении на медицинское обслуживание [7].

Анализ ст. ст. 19 , 21 , 33 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в их единстве и взаимосвязи позволяет прийти к обоснованному выводу о то, что не является обязательным территориально-участковый принцип прикрепления на медико-санитарное обслуживание к медицинскому учреждению, каждый гражданин (независимо от имеющегося заболевания) имеет право на выбор медицинской организации, при этом получение согласия выбранного медицинского учреждения для прикрепления гражданина к учреждению не требуется [9].

В то же время на основании ст. 10 323-ФЗ доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в том числе: организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения; наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем квалификации [1]. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях [3]. В целях обеспечения права граждан на выбор медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной пунктом 18 указанного Положения.

Ряд судебных инстанций считают, что превышение показателя прикрепленности объективно приведет к росту числу посещений на одном терапевтическом участке и снижению качества, увеличению сроков ожидания медицинской помощи и не может идти в противовес принципу распределения населения по врачевным участкам в целях максимального обеспечения доступности медицинской помощи и соблюдении прав иных граждан [5, 10]. При этом увеличивать количество участков для соблюдения принципа доступности, то есть менять структуру, ЛПУ не имеет права без решения учредителя. Могут не позволить увеличить количество терапевтических участков ограничения, связанные с техническими возможностями в площадях.

Таким образом, неоспоримым остается право гражданина на выбор медицинской организации в регламентированные сроки согласно действующего законодательства. Одновременно это не должно идти в разрез с ухудшением качества медицинской помощи другим гражданам, прикрепленным к лечебному учреждению. Важным фактором должна оставаться техническая возможность ЛПУ (обеспечение площадями, оборудованием) предоставлять медицинские услуги, выполняемые сверх утвержденных объемов с позиции соблюдения качества и доступности медицинской помощи.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 22.03.2019).
2. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 № 326-ФЗ [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 25.03.2019).
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/70179998/paragraph/1:0> (дата обращения 22.03.2019).
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (с изменениями и дополнениями) [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <https://base.garant.ru/12182428/> (дата обращения 22.03.2019).
5. Решение Октябрьского районного суда г. Ижевска (Удмуртская Республика) от 21.07.2015 г. №2-4947/15.
6. Гражданский кодекс российской федерации (с изменениями и дополнениями) [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 21.03.2019).
7. Апелляционное определение Самарского областного суда от 9 ноября 2016 г. по делу N 33-14674/2016 [электронный ресурс] - Режим доступа. - URL: <https://advokat-malov.ru/zakony-i-kodeksy/zakon-ob-osnovah-ohrany-zdorovya> (дата обращения 22.03.2019).
8. Решение Индустриального районного суда г. Ижевска (Удмуртская Республика) № 2-3824/2016 2-3824/2016~М-2689/2016 М-2689/2016 от 7 ноября 2016 г. по делу № 2-3824/2016.
9. Решение Зеленоградского районного суда (г. Москва) № М-3229/2013 2-261/2014 2-261/2014~М-3229/2013 от 11 февраля 2014 г. [электронный ресурс] Режим доступа. URL: <http://sudact.ru/regular/doc/fvJ6hLXa5TZP/> (дата обращения 22.03.2019).
10. Апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Удмуртской Республики от 05.10.2015 №33-3725/2015.

ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ СМЕРТИ ПО НЕОСТОРОЖНОСТИ

Молчанова Светлана Валентиновна
доцент, кандидат юридических наук, доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин
Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России),
Ижевский институт (филиал) г. Ижевск

PECULIARITIES OF ESTABLISHING THE CRIMINAL RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS FOR CAUSING DEATH

Molchanova Svetlana Valentinovna

assistant professor, candidate of Science, assistant professor department of criminal disciplines of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблемам установления уголовной ответственности медицинских работников за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Автор рассматривает проблемные с точки зрения теории и практики определения понятия «врачебная ошибка» и ее отграничения от виновного причинения смерти. Выводы и предложения направлены на совершенствование правоприменительной практики и повышение эффективности применения нормы, предусмотренной ч. 2 ст. 109 УК России.

Ключевые слова: причинение смерти по неосторожности; «врачебная ошибка»; «медицинский деликт»; ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

ABSTRACT

The article is devoted to the problems of establishing criminal responsibility of medical workers for causing death through negligence due to improper performance of their professional duties. The author considers problematic from the point of view of theory and practice the definition of the concept of “medical error” and its distinction from the guilty cause of death. The conclusions and proposals are aimed at improving law enforcement practice and increasing the effectiveness of the application of the norm, provided for by Part 2 of Art. 109 of the Criminal Code.

Keywords: causing death by negligence; medical error; medical tort; improper performance of professional duties.

В соответствии с Конституцией российской Федерации каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Меры уголовно-правового характера выступают одним из гарантов осуществления данного конституционного права.

Официальной статистики количества преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК России, совершенных медицинскими работниками, не существует, однако факт роста количества таких преступлений никем не отрицается. причин такого роста много, среди них: низкий уровень профессиональной подготовки, безразличие и безответственность медицинских работников по отношению к пациентам и своим обязанностям, а также, безусловно, дефицит кадров и в связи с этим повышенная нагрузка на работающих врачей.

Председатель Следственного комитета России А. Бастрыкин на заседании коллегии по вопросам организации работы по расследованию преступлений, связанных с некачественным оказанием медпомощи, привел следующие статистические данные: «в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. В 2016 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи, – 142 ребенка» [7].

Часть 1 ст. 109 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее -УК РФ) устанавливает уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности; часть 2 статьи 109 УК РФ - за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Таким образом, законодатель в ст. 109 УК РФ предусмотрел как бы два самостоятельных состава преступления - деяние, совершенное по «простой»

неосторожности, и деяние, совершенное по неосторожности, допущенной лицом, выполняющим свои профессиональные обязанности, например, медицинским работником.

Казалось бы, состав преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, сформулирован довольно однозначно и просто, однако, в силу того, что диспозиция данной нормы является бланкетной, в правоприменительной деятельности возникает множество проблем определения наличия или отсутствия данного состава преступления. Правоприменителю необходимо установить, во-первых, круг профессиональных обязанностей медицинского работника, во-вторых, факт ненадлежащего их исполнения, в-третьих, причинно-следственную связь между его деянием и наступившим последствием в виде смерти.

Остановимся на втором аспекте - установлении факта ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Сам уголовный закон, естественно, не дает нам определения понятия «ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей», обычно в литературе под этим понимается поведение лица, не соответствующее официальным предписаниям, требованиям, предъявляемым к нему при выполнении профессиональных функций.

Однако сложность при определении рассматриваемого аспекта состоит в том, что в медицинской практике существуют такие понятия как «врачебная (медицинская) ошибка» и «несчастный случай», которые, безусловно, имеют разную юридическую природу, а, значит, разные правовые последствия.

Понятие врачебной ошибки не закреплено ни в одном нормативном правовом акте, несмотря на то, что в первоначальной редакции Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4] такая попытка предпринималась. Так, в проекте указанного Федерального закона была статья 93 «Профессиональная ошибка при оказании медицинской помощи» следующего содержания: «1. Профессиональной ошибкой при оказании медицинской помощи признается допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины медицинской организации и ее работников» [5]. Очевидно, данное определение не отличалось конкретикой и вызвало массу критики.

При принятии указанного Федерального закона, законодатель отказался от подобной нормы вовсе. Бесспорно, отсутствие в данном законе норм, определяющих понятие и виды дефектов медицинской помощи, в том числе врачебной ошибки, и их правовые последствия, является существенным пробелом.

В специальной юридической и медицинской литературе таковых определений великое множество, по подсчету исследователей, авторами предлагается более около 65 определений «врачебной ошибки», которые существенно разнятся по сути и содержанию этого понятия [1].

Понкина А.А. в своей монографии проанализировала данное понятие, опираясь на мнения ученых как в области медицины, так и юриспруденции, как отечественных, так и зарубежных исследователей, разработав свое, авторское, определение. Так, по ее мнению, *врачебная (медицинская) ошибка* (выделено автором) – это случившееся или эвентуальное событие, вызванное и характеризующееся невиновными действиями, бездействием или несвоевременными действиями врача (или в ряде случаев – младшего медицинского персонала) при оказании им пациенту медицинской помощи или медицинских услуг, результативно повлекшее по крайней мере одно из неблагоприятных для пациента событий: смерть пациента, существенный вред его здоровью и др. [2] Далее А.А. Понкина указывает, что врачебная ошибка не влечет за собой ответственности медицинского работника при условии, что он, «должным образом выполняя признанные стандарты оказания медицинской помощи и установленные инструкции, в связи с объективными обстоятельствами добросовестно заблуждался в отношении оцениваемого им состояния пациента и/или устанавливаемого им или другим врачом диагноза..., или в отношении своих действий ... или в отношении ответственно предоставляемой пациенту информации о состоянии его

здоровья, о его должном поведении в связи с этим и о перспективах и рисках реализуемых медицинских вмешательств и мер, и, соответственно, врач не предвидел и не мог в необходимой мере предвидеть и предотвратить указанное неблагоприятное событие».

Другие ученые определяют это понятие несколько иначе, так, В.А. Рыков, например, отмечает, что ошибки, имеющие объективные причины (добросовестное заблуждение медицинского работника из-за атипического течения болезни и др.), должны называться врачебными ошибками, без возникновения у врачей юридической ответственности. Но так называемое «добросовестное заблуждение» медицинского работника, связанное с субъективными причинами (недостаток знаний, плохо выполненная работа и др.), является виновным деянием. Автор справедливо отмечает, что в такой ситуации такая «врачебная ошибка» должна обозначаться термином «медицинский деликт», то есть являться виновным противоправным деянием медицинского работника [3].

Таким образом, под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей в ч.2 ст. 109 УК РФ следует понимать только виновно совершенное противоправное деяние медицинского работника, повлекшее причинение смерти по неосторожности, в виде легкомыслия или небрежности, которое влечет за собой уголовную ответственность. Иначе говоря, уголовная ответственность за данное деяние возможна лишь тогда, когда медицинский работник нарушил стандарты медицинской помощи или протоколы лечения (клинические рекомендации).

Согласно ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2] с 1 января 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации утвержден целый комплект таких стандартов оказания медицинской помощи населению по различным профилям заболеваний [6]. Соответствующими медицинскими профессиональными некоммерческими организациями профильными (например, медицинскими ассоциациями) утверждаются клинические рекомендации или протоколы лечения различных групп заболеваний [8].

Поэтому, для преодоления проблем, возникающих в правоприменительной практике, при разграничении врачебной ошибки, то есть невиновного причинения вреда, и преступного деяния, полагаем необходимым предусмотреть в УК РФ специальную норму, например, статью 109.1, которая бы устанавливала уголовную ответственность медицинских работников за причинение смерти по неосторожности за вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей при нарушении стандартов медицинской помощи или протоколов лечения.

Такая норма позволяла бы четко формировать статистику совершенных преступлений в этой сфере, а также учитывать специфику деятельности медицинских работников, которые, как и все остальные люди, имеют право на ошибку.

Список литературы:

1. Ибатулина Ю.Ф. Разграничение врачебной ошибки и ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками // Актуальные проблемы экономики и права». 2010. № 1. С.133.
2. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. С.51-62.
3. Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. 2005. № 1. С.43-47.

4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MED;n=44531#03907326659513459>

5. См: Проект ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [электронный ресурс] - Режим доступа. - <http://docs.cntd.ru/document/902235099>; См. также: О некоторых недостатках Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [электронный ресурс] - Режим доступа. - http://ruskline.ru/analitika/2012/01/17/o_nekotoryh_nedostatkah_federalnogo_zakona_ob_osnovah_ohrany_zdorovya_grazhdan_v_rossijskoj_federacii_ot_21112011_323fz

6. Справочная информация: «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» [электронный ресурс] - Режим доступа. - http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/

7. В СК России состоялась коллегия по вопросам расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи [электронный ресурс] - Режим доступа. - <https://sledcom.ru/news/item/1069831/?print=1>

8. Справка о клинических рекомендациях (протоколах лечения). [электронный ресурс] - Режим доступа. - <https://base.garant.ru/57411597/>

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ

Наговицына Елена Николаевна

Заместитель главного врача по медицинской части БУЗ УР Шарканская РБ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, г. Ижевск

Маслова Надежда Сергеевна

Заместитель главного врача по экономическим вопросам БУЗ УР Воткинская городская детская больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, г. Воткинск

LEGAL ASPECTS OF DEFECTS OF MEDICAL DOCUMENTATION

Nagovitsyna Elena Nikolaevna

Deputy Chief Medical Officer parts of the health center Sharkanskaya RB Ministry of Health Udmurt Republic, Izhevsk

Maslova Nadezhda Sergeevna

Deputy Chief Medical Officer BUZ SD Votkinsk City Children's Hospital of the Ministry of Health Udmurt Republic, Votkinsk

АННОТАЦИЯ

Ведение медицинской документации является процессом очень сложным и ответственным. В структуре основных дефектов при экспертной оценке качества оказания медицинской помощи - дефекты оформления медицинской документации. Это формальное заполнение дневников курации в истории болезни, амбулаторной карте, отсутствие согласий на оперативное или иное медицинское вмешательство, отсутствие заполненных консилиумов. Проблема качества оказания медицинской помощи является постоянным предметом экспертных дискуссий и спорных решений. Неправильное же заполнение может привести к административной и даже к уголовной ответственности.

Ключевые слова: медицинская документация; халатность, подлог.

ABSTRACT

Maintaining medical records is a very complex and responsible process. Late filling or incorrect filling can lead to depressing consequences. Proper maintenance of documentation is important for the timely formulation of vaccinations, for the correct prescription of drugs. Incorrect filling can lead to administrative and even criminal liability.

Keywords: medical documentation; negligence, forgery.

Юридическая сторона вопроса заполнения медицинской документации является очень важной и довольно щепетильной. Понимание юридических аспектов медицинской документации требует знания того, что же относится к медицинской документации. Рассмотрим основные первичные документы, которые заполняются врачами и медицинскими сестрами.

Первичные медицинские документы представлены в Таблице 1[2]:

Таблица 1

Первичные медицинские документы

| Название | Форма | Объект заполнения |
|--|---------------|---|
| Медицинская карта амбулаторного больного | 02 5/у- 87 | Заполняется на больных, проходящих амбулаторное лечение |
| Медицинская карта стационарного больного | 00 3/у | Заполняется на каждого поступившего в стационар больного. Этот документ ведется всеми больницами, диспансерами, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями. |
| Медицинская карта стоматологического больного | 04 3/у | Заполняется на пациентов стоматологических клиник и кабинетов |
| История родов | 96 | Составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу родильного дома. |
| Медицинская карта туберкулезного больного | 08 1/у | Составляется на больных, состоящих на учете в туберкулезном диспансере или проходящих лечение в соответствующих учреждениях. |
| Медицинская карта больного венерическим заболеванием | 06 5/у | Составляется на больных венерическими заболеваниями |
| Индивидуальная карта беременной и роженицы, заполненная на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности | 11 1 /у | Составляется на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности |

При истолковании юридических аспектов заполнения медицинской документации важно понимать, что процесс оказания медицинской помощи является выражением права больного на получение данной помощи, гарантированной Конституцией Российской Федерации. Медицинское учреждение, в свою очередь, несет юридическую обязанность по исполнению данного права [1].

В связи с этим, первичная медицинская документация должна включать в себя описание абсолютно всех этапов оказания помощи, начиная от клинических симптомов болезни, анализов, диагноза, заканчивая назначенными препаратами. Все этапы оказания лечебно-профилактической помощи должны проходить с соблюдением законных юридических прав больного. Также, необходимо отметить, что на основании истории болезни составляются другие медицинские документы. В этом также состоит юридическое значение истории болезни.

Поскольку медицинская документация является юридически важным документом, существуют определенные требования к ее заполнению. А несоблюдение данных требований приводит к выявлению дефектов медицинской документации.

Если медицинская карта больного оформлена правильно, без дефектов или с несущественными дефектами, есть возможность объективно оценить уровень и правильность оказания медицинской помощи. Однако в тех случаях, когда имеются существенные дефекты, объективная оценка оказания этапов медицинской помощи становится затруднительной или даже невозможной. В таких случаях медицинская документация теряет свою юридическую составляющую, кроме того утрачивается доказательная роль подобных документов, т.е. будет невозможно доказать, к примеру, по чьей вине погиб пациент: по вине врачей либо в силу медицинского диагноза или в силу каких-либо других причин [2].

Дефекты ведения медицинской документации свидетельствуют о небрежном, невнимательном отношении медицинских работников к своим непосредственным обязанностям.

Уголовным кодексом в статье 293 «Халатность» рассмотрена уголовная ответственность за грубые дефекты в заполнении медицинской документации, которая привела к утрате доказательной базы возможного правонарушения [3].

При этом, если халатность повлекла причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, то медицинскому работнику грозит штраф в размере до ста двадцати тысяч рублей или обязательные работы на срок до трехсот шестидесяти часов, или работы исправительного характера, срок которых может продлиться до одного года. Также за данное правонарушение предусмотрено наказание в виде ареста сроком до трех месяцев.

Если халатность медицинского работника привела к причинению особо крупного ущерба, размер штрафа уже варьирует от двухсот до пятисот тысяч рублей, срок обязательных работ увеличивается до четырехсот восьмидесяти часов, исправительных работ до двух лет, ареста до шести месяцев [3].

Бывают случаи, когда халатность приводит к причинению тяжкого вреда здоровью или даже смерти человека. В таких случаях наказание ужесточается, медицинский работник наказывается принудительными работами до пяти лет с лишением возможности работать на должности до трех лет.

Конечно, врачи – не роботы, и ошибки в заполнении документации возможны. Однако, в данном случае речь идет об их правильном исправлении.

Очень часто, когда в больницах случаются чрезвычайные происшествия, врачи под давлением администрации начинают исправлять документацию. В таких случаях могут отмечаться дописки, приписки, подчистки, вырванные листы, какие-то дополнительные анализы. Юридически подобные действия классифицируются как подлог.

Подобные действия настоящие эксперты могут довольно быстро отличить вплоть до дня внесения изменений.

За подлог в Уголовном Кодексе Российской Федерации также предусмотрено наказание по статье 292. В зависимости от тяжести правонарушения может применяться наказание в виде штрафа от восьмидесяти до пятисот тысяч рублей, исправительных работ на срок до двух лет, обязательных работ на срок до четырехсот восьмидесяти часов, принудительных работ на срок до двух лет, лишения свободы на срок от двух до четырех

лет. Также предусматривается лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью[3].

Также известны случаи, когда медицинские работники специально «теряют» документацию, в надежде, что при потере документов не вскроются ошибки в оказании медицинской услуги. Однако следует помнить, что ст. 325 УК России предусматривает ответственность за похищение, уничтожение или сокрытие официальных документов, совершенные из корыстных или иных соображений личной заинтересованности[3].

Такие имеющие место факты связаны, видимо, с недопониманием медицинским персоналом юридического значения истории болезни и других медицинских документов. Так как документация, в соответствии со ст. 83 УК России, может служить средством к обнаружению преступления, установлению фактических обстоятельств дела, выявлению виновных либо к опровержению обвинения или смягчению ответственности, то по этим квалифицирующим признакам она является вещественным доказательством[3].

В заключение следует сказать, что грубые дефекты ведения первичной медицинской документации могут явиться основанием для возникновения юридической ответственности медицинского работника, поскольку утрачивается материальный носитель, подтверждающий соответствующее качество самой медицинской услуги, что приводит к нарушению прав и законных интересов пациента.

Конечно, имеется существенная разница при экспертной оценке ведения первичной медицинской документации в зависимости от имеющих место дефектов. Даже такие несущественные дефекты, как неполнота заполнения паспортной части документации, отсутствие указаний на место проживания больного и т.д., в системе ОМС влекут за собой штрафные санкции со стороны страховщика. Введение критериев оценки качества медицинской помощи, основанное на принципах и обязательствах надлежащего их выполнения, а также оформления медицинской документации имеет практическое значение: история болезни становится нужной не только для прокурора, но и для адвоката врача, для формулировки позиции защиты.

Список литературы:

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах// Медицина. - №3. – 2017.- С. 24-28.
2. Буянов Е.Н., Янковский В.Э. Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации //Медицина. - № 7.- 2018.- С. 19-24.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) // СПС Консультант Плюс

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПАСНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КОНТАКТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Николаева Елена Владимировна

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»
г. Ижевск*

Сорокин Эдуард Павлович

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней с курсом анестезиологии и реанимации ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

г. Ижевск
Ивашкина Елена Викторовна
*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней
с курсом анестезиологии и реанимации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики»
г. Ижевск*

LAWS REGULATING PLAN OF ACTIONS FOR HEALTH CARE WORKERS IN CASE OF OCCUPATIONAL HIV RISK

Nikolaeva Elena Vladimirovna
*Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department of Pediatric Dentistry,
Orthodontia, Dental Illnesses Prevention of the Izhevsk State Medical Academy of the Russian
Ministry of Health (Federal State-Financed Educational Institution of Higher Education), Izhevsk*

Sorokin Eduard Pavlovich
*Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department of Surgical Diseases
with a course in anesthesiology and reanimation at the Izhevsk State Medical Academy of the
Russian Ministry of Health (Federal State-Financed Educational Institution of Higher Education),
Izhevsk*

Ivashkina Elena Viktorovna
*Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department of Surgical Diseases
with a course in anesthesiology and reanimation at the Izhevsk State Medical Academy of the
Russian Ministry of Health (Federal State-Financed Educational Institution of Higher Education),
Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Ежегодно в России регистрируется рост количества выявляемых случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией. Обращаемость за медицинской помощью таких больных существенно увеличивает вероятность возникновения аварийных ситуаций, требующих незамедлительного проведения мероприятий по профилактике инфицирования медицинских работников. В статье представлены сведения о нормативно документах, используемых в медицинских организациях, регламентирующих действия медицинского персонала при проведении профилактики ВИЧ-инфекции при возникновении аварийных ситуаций на рабочих местах.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; аварийная ситуация.

ABSTRACT

In Russia, the amount of diagnosed HIV-infection cases increases every year. Medical aid appealability of such patients substantially increases the possibility of emergencies occurrence requiring instant implementation of preventive measures for infection contamination of health care workers. The Article contains information regarding laws used in medical organizations which regulate actions of health care workers in case of emergencies at work.

Keywords: HIV-infection, emergency.

Эпидемия ВИЧ-инфекции, которая давно приняла характер пандемии, представляет собой серьезное медико-социобиологическое явление, приводящее к значительному снижению трудоспособности, инвалидизации активной части населения и смерти миллионов людей [5]. В последние годы в России регистрируется более 80 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции за год [3]. Обращаемость за медицинской помощью таких больных существенно увеличивает вероятность возникновения аварийных ситуаций, требующих

незамедлительного проведения мероприятий по профилактике инфицирования медицинских работников.

К приоритетным факторам риска заражения ВИЧ-инфекцией относятся нестандартные производственные (аварийные) ситуации, сопровождающиеся травматизмом, попаданием крови и прочих биологических жидкостей и субстратов на кожу и слизистые оболочки медицинских работников [1]. Ежемесячно 65% медицинского персонала получают микротравмы кожного покрова, однако официально регистрируется не более 10% травм и аварийных ситуаций [4]. По данным литературы частота травм острыми медицинскими инструментами среди медперсонала составляет от 0,75 до 5,15 в год на одного сотрудника. [6].

В связи с этим для обеспечения безопасного трудового процесса, гарантирующего минимальный риск передачи ВИЧ-инфекции на рабочем месте [1, с. 80], необходимо информирование сотрудников о связанном с их деятельностью риске; регулярное проведение образовательных программ, включающих ознакомление с современными эпидемиологическими, этиопатогенетическими данными о ВИЧ-инфекции, а также с существующими нормативными документами действующего законодательства, регламентирующими алгоритм неотложных мероприятий медперсоналом в случае возникновения риска профессионального заражения.

В настоящее время в действующих на территории Российской Федерации основных нормативных документах по профилактике профессионального инфицирования ВИЧ имеются некоторые несоответствия. Поэтому до сих пор часть медицинских организаций сталкиваются с проблемой правильного выбора законодательного акта, на который следует ориентироваться.

Первым документом, регламентирующим санитарно-эпидемиологические правила, нормативы и требования к медицинским организациям, в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 №554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» является СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58, зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 г.).

В приложении №12 «Экстренная профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции» этого документа указан полный объем необходимых профилактических мероприятий, необходимых для выполнения медицинским персоналом при аварийной ситуации во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией.

Вторым, более поздним документом, регламентирующим профилактику профессионального заражения, было постановление главного государственного врача Российской Федерации от 11.01.2011 г. №1 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

В п. 8.2.1 данного постановления указывается, все профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других) и основой профилактики внутрибольничного инфицирования является соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями СанПин 2.1.3.2630-10. Далее в п. 8.3 в пп. 8.3.3.1 приводятся действия медицинского работника при аварийной ситуации.

Таким образом, при сравнении данных, приведенных в таблице 1, в 2-х изучаемых документах были выявлены следующие различия в алгоритме действий медицинских работников. Так, в документе «Профилактика ВИЧ-инфекций» исключается при порезе или

уколе выдавливать каплю крови из ранки или тереть пораженную слизистую оболочку. Исключены в применении для предотвращения заражения при попадании на слизистые оболочки использование 1% раствора борной кислоты, 1% раствора протаргола, 0,05% раствором марганцево-кислого калия.

Таблица 1

Сравнительная характеристика действий медицинского персонала при проведении профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией

| Вид контакта | СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» | СанПин 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекций» |
|--------------------------------------|--|--|
| Попадание на перчатки | Тампоном, смоченным антисептиком, убрать видимые загрязнения, снять перчатки, погрузить в дезинфицирующее средство, руки обработать антисептиком | Тампоном, смоченным антисептиком, убрать видимые загрязнения, снять перчатки, погрузить в дезинфицирующее средство, руки обработать антисептиком |
| Попадание на кожные покровы | Обработать 70% спиртом, обмыть с мылом и водой, обработать 70% спиртом | Обработать 70% спиртом, обмыть с мылом и водой, обработать 70% спиртом |
| Попадание на слизистые оболочки глаз | Промыть водой (1% раствор борной кислоты) | Обильно промыть водой (не тереть) |
| Попадание на слизистую оболочку носа | Обработать 1% раствором протаргола | Обильно промыть водой (не тереть) |
| Попадание на слизистую оболочку рта | Прополоскать 70% спиртом (0,05% раствором марганцево-кислого калия, 1% раствором борной кислоты) | Промыть большим количеством воды и прополоскать 70% спиртом |
| Попадание на медицинскую одежду | Смена медицинской одежды | Снять рабочую одежду, погрузить в дезинфицирующий раствор |
| При порезах и уколах | Снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом проточной водой, обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% раствором йода | Снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% раствором йода |

Согласно законодательству Российской Федерации при разногласии актов равной юридической силы позднее принятый нормативный акт имеет приоритет перед ранее принятым актом, значит основным документом, регламентирующим порядок действий медицинских работников по профилактике профессионального ВИЧ-инфицирования в настоящее время считается постановление главного государственного врача Российской Федерации от 11.01.2011 г. №1 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Наличие 2-х документов с разным указанием алгоритма медицинских манипуляций и медицинских изделий для их проведения и отсутствие документа, четко утверждающего необходимый состав аптечки «Анти Спид» для проведения профилактики заражения ВИЧ, приводили к разностороннему и индивидуальному подходу к ее формированию в разных

медицинских организациях регионов Российской Федерации. Так, все они включали базовый набор по медицинским препаратам, и набор медицинских изделий, формирующийся на правилах выполнения манипуляций с этими препаратами. Однако в ряде лечебных учреждений аптечка включала в свой базовый состав только 70% спирт и 5% раствор йода, антиретровирусные препараты, в ряде – добавлялись растворы протаргола, борной кислоты и марганцево-кислого калия. Схожая ситуация возникала и при формировании дополнительных наборов: в одних были - лейкопластырь, ножницы, бинт, в других добавлялись напалечник, жгуты, пипетки, и др. Все они отличались по перечню и количеству включенных изделий.

Только в 2018 году на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2018 г. №1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной, скорой медицинской помощи и паллиативной помощи» (зарегистрирован в Минюсте от 12.03.2018 №50291) был утвержден новый состав аптечки «Анти СПИД», получившей название «Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций» (таблица 2).

Таблица 2

Состав «Укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций»

| 1. Лекарственные препараты | |
|--|--------------------------------------|
| Йода | 5% раствор для наружного применения |
| Этанол | 70% раствор для наружного применения |
| 2. Медицинские изделия | |
| Бинт марлевый медицинский стерильный (5 м X 10 см) | 2 шт. |
| Лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см X 7,2 см) | 3 шт. |
| Салфетка марлевая медицинская стерильная (не менее 16 см X 14 см, №10) | 1 уп. |

Следует отметить, что утвержденный новый состав «Укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций» четко соответствует требуемому объему тех санитарно-эпидемиологических профилактических мероприятий, проводимых медицинскими работниками при аварийной ситуации, регламентированных в Санитарно-эпидемиологических правилах 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Таким образом, в настоящее время в качестве нормативных актов, регламентирующих порядок действия медицинского персонала при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте для профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией основными документами являются Санитарно-эпидемиологические правила 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» и приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2018 г. №1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной, скорой медицинской помощи и паллиативной помощи». А для полного исключения противоречий следует внести изменения в основной документ, регламентирующий основную медицинскую деятельность всех медицинских организаций, приложение 12 СанПина 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Список литературы:

1. Безопасность на рабочих местах в лечебно-профилактических учреждениях. Пособие для медицинских работников / В.С. Шухов, И.И. Рюмина. М., 2008. С. 80.

2. Болехан В.Н., Джувалыков П.Г., Зигаленко Д.Г. и др. Профилактика ВИЧ-инфекции в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях: методические рекомендации. М., 2013. С. 38.
3. Маковская Н.И., Васильев А.В. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных: учебно-методическое пособие. Ч. 1. Спб.: Человек, 2017. С. 36.
4. Нозокомиальная передача гемоконтактных инфекций. М., 2007. С. 68.
5. Шатохин А.И. ВИЧ-инфекция в стоматологической практике: Руководство. М.: Поли Медиа Пресс, 2012. С. 104.
6. Elder A. Sharps injuries in UK health care: a review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices / A. Elder, C. Paterson // Occupational medicine. 2006. Vol. 56, №8. P. 566-574.

ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ: ПОНЯТИЕ И ВИДЫ

Никонов Юрий Тимофеевич

кандидат исторических наук, ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал) г. Ижевск

DISCIPLINARY RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS AS A KIND OF LEGAL RESPONSIBILITY: CONCEPT AND TYPES

Nikonov Yury Timofeevich

candidate of historical Sciences, of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье анализируется понятие трудовой дисциплины, характеризуются особенности дисциплинарной ответственности как разновидности юридической ответственности. Особое внимание уделяется вопросам общей дисциплинарной ответственности медицинских работников.

Ключевые слова: трудовое право, трудовая дисциплина, дисциплинарная ответственность, дисциплинарный проступок, правовой статус медицинского работника.

ABSTRACT

The article analyzes the concept of labor discipline, describes the characteristics of disciplinary responsibility as a type of legal responsibility. Special attention is paid to issues of general disciplinary responsibility of medical workers.

Keywords: labor law, labor discipline, disciplinary responsibility, disciplinary offense, the legal status of a medical worker.

В обществе трудовая деятельность имеет по праву важное место, являясь одной из высших человеческих ценностей. Человек и гражданин в Российской Федерации наделен большим объемом прав и свобод, среди которых выделяются и трудовые права. Они находят свое закрепление в статье 37 Конституции Российской Федерации. Статья 1 ТК России

называет установление государственных гарантий трудовых прав и свобод граждан, создание благоприятных условий труда, защиту прав и интересов работников и работодателей целями трудового законодательства.

Одной из наиболее значимых проблем отношений субъектов трудового права является злоупотребление правом – это деяние (действия или бездействие), совершаемое субъектом трудового права с целью причинения вреда и (или) получения необоснованных преимуществ перед другими управомоченными субъектами трудового права при реализации возможностей, заложенных в нормативных правовых актах, с нарушением установленных данными нормативными правовыми актами целей.

Субъекты трудовых правоотношений (работодатель и работник) наделены трудовым законодательством правами и обязанностями. Анализируя возможности субъектов использовать предоставленные им субъективные права, возникает проблема установления границ правоосуществления, которая оценивается различными отраслями права. Названная проблема исследовалась и в отрасли трудового права. Е.В. Каплун под пределами осуществления прав работодателем понимает «границы действий работодателя по реализации правомочий, составляющих содержание его регулятивных субъективных прав» [1, с.163].

Порядок поведения людей, отвечающий нормам права и морали, сложившимся в обществе, в широком смысле обозначается понятием - «дисциплина». В обыденном смысле под категорией «трудовая дисциплина» понимают строгое соблюдение установленного порядка в трудовом коллективе; трудовая дисциплина предусматривает своевременный приход на работу, соблюдение установленной продолжительности рабочего дня, рациональное использование времени для наиболее производительного (плодотворного) труда, точное исполнение распоряжений администрации.

В Российской Федерации произошел переход к рыночной экономике, что неизбежно повлекло за собой существенное изменение содержания дисциплины труда и мотивов ее укрепления. В настоящее время государство освобождает граждан от обязанности трудиться и одновременно запрещает принудительный труд. И хотя словосочетание «дисциплина труда» часто в общественном сознании ассоциируется с категорией, свойственной советской эпохе, следует отметить, что условием любого совместного труда независимо от отрасли экономики, организационно - правовых форм и социально-экономических отношений общества, в которых он протекает, является трудовая дисциплина. Говоря о государственном регулировании трудовых отношений, следует отметить, что законодатель указывает специальное, используемое в трудовом законодательстве определение содержания понятия «дисциплина труда».

Дисциплина труда - обязательное для всех работников подчинение правилам поведения, определенным в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации (далее - ТК РФ), иными федеральными законами, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором (статья 189 ТК РФ). Дисциплина труда является необходимым условием организации трудового процесса, который невозможен без подчинения его участников определенному порядку. Таким образом, дисциплина труда является неотъемлемой частью отношений, возникающих между сторонами в процессе трудовой деятельности.

В статье 189 ТК РФ, действующей с 1 февраля 2002 года, установлено общее определение понятия «дисциплина труда», используемого в трудовом законодательстве: «Дисциплина труда - обязательное для всех работников подчинение правилам поведения, определенным в соответствии с ТК РФ, иными федеральными законами, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором» [2, ст.189].

Трудовая дисциплина предполагает наличие взаимных прав и обязанностей работодателя и работника. Перечень основных прав и обязанностей сторон трудовых отношений приводится в статьях 21 и 22 ТК РФ. 21 статья ТК РФ содержит многообразный

перечень основных прав и обязанностей, которые имеют все работники, независимо от каких-либо условий трудовых отношений, в том числе - является ли работодатель физическим или юридическим лицом.

Правовой статус медицинского работника характеризуется прежде всего его правами и обязанностями, а также особой ответственностью. Особенности профессиональной деятельности медицинских работников, предполагающей оказание медицинских услуг, т.е. медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, обуславливают особые требования к медицинскому персоналу. Неисполнение обязанностей или несоблюдение ограничений и запретов, установленных Законом об охране здоровья, может повлечь за собой разные виды трудово-правовой ответственности - как дисциплинарную, так и материальную. Основанием дисциплинарной ответственности согласно ст. 192 ТК РФ является дисциплинарный проступок, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Особый состав правонарушения для медицинских работников представляет разглашение врачебной тайны. Трудовой кодекс предусматривает высшую степень ответственности за разглашение сведений, составляющих охраняемую законом тайну: мерой дисциплинарной ответственности может стать увольнение (подп. "в" п. 6 ст. 81) [3, с. 25].

Дисциплинарная ответственность медицинских работников является одним из видов юридической ответственности, которая налагается за неправомерное поведение. Дисциплинарная ответственность представляет собой обязанность работника претерпеть неблагоприятные последствия, предусмотренные нормами трудового права, за виновное, противоправное неисполнение или ненадлежащее исполнение своих трудовых обязанностей. К дисциплинарной ответственности могут привлекаться работники, совершившие дисциплинарный проступок. Следовательно, основанием дисциплинарной ответственности всегда служит дисциплинарный проступок, совершенный конкретным работником.

В соответствии со ст. 192 ТК РФ, дисциплинарным проступком признается неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Дисциплинарный проступок, как и любое другое правонарушение, обладает совокупностью признаков: субъект, субъективная сторона, объект, объективная сторона. Субъектом дисциплинарного проступка может быть только гражданин, состоящий в трудовых правоотношениях с конкретным работодателем и нарушающий трудовую дисциплину. Субъективной стороной дисциплинарного проступка является вина со стороны работника. Она выражает психическое отношение нарушителя трудовой дисциплины к своему неправомерному действию. Вина может быть в форме как прямого или косвенного умысла, так и в форме неосторожности. Объектом дисциплинарного проступка является внутренний трудовой распорядок. Объективной стороной дисциплинарного проступка являются вредные последствия и причинная связь между ними и действием (бездействием) правонарушителя. При этом действие (бездействие) работника является противоправным, если оно нарушает трудовые обязанности работника. Поэтому не может считаться нарушением трудовых обязанностей отказ работника выполнять распоряжение работодателя, противоречащее законодательству.

Для дисциплинарного проступка характерно, во-первых, неисполнение работником своих трудовых обязанностей, предусмотренных действующим трудовым законодательством, правилами внутреннего трудового распорядка, уставами и положениями о дисциплине, техническими правилами, должностными положениями и инструкциями, а также вытекающих из трудового договора, заключенного работником с конкретной организацией. К таким нарушениям можно отнести отказ или уклонение без уважительных причин от медицинского освидетельствования работников некоторых профессий, а также отказ работника от прохождения в рабочее время специального обучения и сдачи экзаменов по технике безопасности и правилам эксплуатации, если это является обязательным условием допуска к работе. Нельзя считать дисциплинарным проступком неправильные

действия работника, не относящиеся к его трудовым обязанностям (например, невыполнение общественных поручений, нарушение правил поведения в общежитии).

Во-вторых, дисциплинарный проступок отличает противоправный характер, т.е. такое поведение работника, которое нарушает законодательство. Действия работника, не выходящие за рамки закона, не могут считаться противоправными. Например, не является дисциплинарным проступком отказ женщины, имеющей ребенка в возрасте до 3 лет, от сверхурочной работы, поскольку она может быть привлечена к такой работе только с ее согласия (ст. 99 ТК РФ). Кроме того, судебная практика считает правомерным неповиновение работника приказам руководителя организации, которые нарушают требования закона.

В-третьих, дисциплинарный проступок всегда есть виновное действие (умышленное или неосторожное). Неисполнение трудовых обязанностей не по вине работника (например, из-за необорудованного рабочего места, необеспечения охраны имущества работодателя) не может считаться дисциплинарным проступком.

За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, возложенных на них законодательством о труде, коллективным и трудовым договором, медицинские работники несут дисциплинарную ответственность. Она представляет собой обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за виновное противоправное неисполнение своих трудовых обязанностей. Основанием этого вида ответственности служит дисциплинарный проступок - противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником своих трудовых обязанностей.

Можно выделить две группы трудовых обязанностей: обязанности общего характера и обязанности конкретного работника. Обязанности первого вида являются общими для всех работников независимо от должности и специальности. Они закреплены в ТК РФ (ст. 21), в локальных нормативных актах (Правилах внутреннего трудового распорядка учреждения или организации, Положении о персонале и т. д.) и актах социального партнерства (коллективном договоре). Обязанности конкретного работника закреплены в должностных инструкциях, иных актах, определяющих правила проведения тех или иных видов работ, а также в индивидуальных трудовых договорах (контрактах). Для того, чтобы индивидуальные трудовые обязанности работников были четко определены, их необходимо отразить в должностных инструкциях, с содержанием которых работники должны быть ознакомлены под роспись при заключении трудового договора или переводе на другую работу.

Действующее трудовое законодательство предусматривает два вида дисциплинарной ответственности работников: общую и специальную. Первый вид - общая дисциплинарная ответственность, которая предусмотрена Трудовым кодексом и правилами внутреннего трудового распорядка. Она распространяется на всех работников, кроме тех, для которых предусмотрена специальная дисциплинарная ответственность.

На медицинских работников распространяется общая дисциплинарная ответственность. Перечень дисциплинарных взысканий определен в ст. 192 ТК РФ и является исчерпывающим. Он включает в себя замечание, выговор и увольнение по основаниям, предусмотренным в законе. При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка, обстоятельства, при которых он совершен, предшествующая работа и поведение работника. Какую конкретную меру дисциплинарного взыскания применить к работнику - право самого работодателя. При этом перечень мер дисциплинарного взыскания, которые могут применяться к нарушителю трудовой дисциплины, является исчерпывающим. Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине.

Дисциплинарное увольнение - крайняя мера. На применение такого вида взыскания должны быть достаточные основания, идеально собранные и оформленные документы, подтверждающие вину работника в совершении грубого нарушения трудовых обязанностей. При малейшем сомнении лучше ограничиться наложением дисциплинарного взыскания в

виде выговора и применением всех возможных мер материального воздействия. Идя на крайнюю меру дисциплинарного взыскания в виде увольнения, работодатель должен быть готов отстаивать свою правоту в суде.

Гражданское судопроизводство осуществляется на основе состязательности и равноправия сторон (ст.12 ГПК России). При подготовке дела к судебному разбирательству и в процессе разбирательства стороны вправе (ст.57 ГПК России) обратиться в суд с ходатайством об оказании содействия в собирании и истребовании доказательств.

Именно такая необходимость возникла у представителя ответчика МУЗ «Новодвинская ЦГБ». Гражданка Г., работающая фельдшером школы, обратилась в суд с иском к больнице о признании незаконным приказа об увольнении. Просила взыскать заработную плату во время вынужденного прогула и компенсацию морального вреда в размере 50 тысяч рублей за нравственные страдания. Представитель ответчика по доверенности требования истца не признал, считает, что истцом допущены прогулы без уважительных причин, ранее неоднократно в администрацию больницы поступали жалобы от учителей школы, где работала гражданка Г. и директора школы, об отсутствии фельдшера на работе. Со слов фельдшера, она была на больничном листе, но документы о временной нетрудоспособности отсутствуют. В табеле учета рабочего времени были отмечены прогулы. На заседании комиссии все собравшиеся высказались об увольнении за прогул. Увольнение истца принималось совместно с профсоюзной организацией больницы. Заслушав объяснения сторон, свидетеля, исследовав материалы гражданского дела, выслушав заключение прокурора, суд приходит к выводу, что исковые требования удовлетворению не подлежат.

В силу с.46 Конституции Российской Федерации, гарантирующей каждому субъекту защиту его прав и свобод, и корреспондирующих ей положений международно-правовых актов, в частности ст.8 Всеобщей декларации прав человека, ст.6 (пункт 1) Международного пакта о гражданских и основных свободах, государство обязано обеспечить осуществление права на судебную защиту, которая д.б. справедливой, компетентной, полной и эффективной.

Суд, являясь органом по разрешению индивидуальных трудовых споров, в силу части 1 ст. 195 ГПК России, должен вынести законное и обоснованное решение, имеющее значение для рассмотрения дел об оспаривании дисциплинарного взыскания или о восстановлении на работе, является соблюдение при применении работнику дисциплинарного взыскания вытекающих из ст. 1, 2, 15, 17, 18, 19, 54-55, Конституции Российской Федерации.

В этих целях работодателю необходимо представить доказательства, свидетельствующие о том, что работник совершил дисциплинарный поступок, но и том, что при наложении взыскания учитывались тяжесть этого проступка, обстоятельства, при которых он был совершен, предшествующее поведение работника, его отношение к труду.

Суд посчитал, что при применении дисциплинарного взыскания в виде увольнения, ответчик не нарушил порядка применения взысканий предусмотренных ст.193 ТК РФ. Приказ об увольнении истца по п.6 ст.81 ТК РФ является законным и обоснованным. В удовлетворении иска гражданки Г., к МУЗ «Новодвинская ЦГБ» о восстановлении на работе, взыскании заработной платы за время вынужденного прогула и компенсации морального вреда - суд отказал [4, с. 7].

Согласно части первой статьи 1 ТК РФ защита прав и интересов работников и работодателей - первоочередная цель трудового законодательства. Необходимо подчеркнуть, что отсутствие должного уровня компетенции в сфере законодательства администрации и кадровых служб организаций создают благоприятную среду для обращения работников в суд. При этом не только работодатели нарушают трудовые права работников, но зачастую многие работники, пользуясь льготами и привилегиями, предоставленными им трудовым законодательством, злоупотребляют ими ввиду отсутствия эффективного правового механизма выявления фактов нарушения трудовой дисциплины и применения корреспондирующей таким нарушениям дисциплинарной ответственности.

Таким образом, представляется очевидным вывод о том, что вопрос привлечения работника к дисциплинарной ответственности должен быть неразрывно связан с юридически безупречным соблюдением вышеназванной процедуры при условии неукоснительного соблюдения норм материального и процессуального характера. По мнению В.А. Внуковой дисциплинарная ответственность - один из способов налаживания нормального функционирования организации [5, с. 26].

Список литературы:

1. Каплун Е.В. Осуществление работодателем субъективных прав: Дисс. канд. юрид. наук. Ярославль, 2005. С. 163.
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 07.01.2002. № 1. Ст. 3.
3. Головина С.Ю. Особенности трудового статуса медицинских работников // Медицинское право. – М: Юрист, 2013, № 6. – С. 22-26.
4. Решение Октябрьского района г. Саратова от 16 июля 2015 г. по делу № 2-2162/15.
5. Внукова В.А. О правовом статусе медицинских работников // Медицинское право. 2017. № 1. С. 21 - 27.

ПРОГУЛКИ К ОСИРИСУ, ТУДА И ОБРАТНО

Печерских Николай Александрович
доктор философских наук, профессор кафедры общегуманитарных и
социально-экономических дисциплин
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

WALKS TO OSIRIS, THERE AND BACK

Pecherskikh Nikolai Aleksandrovich
doctor of philosophy, professor, department of humanities and socio-economic disciplines,
of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk
Institute (branch), Izhevsk

Аннотация

«Посмертный опыт» сообщается в отчетах меньшей части пациентов, перенесших клиническую смерть. Большая часть сообщает, что они «видели ничто», причём это не «определенное ничто», ни меон. Для философской антропологии имеет значение опыт «химической экзистенции» пациентов. «Химические страсти» не используются в медицинских целях. Реформы в медицине должны иметь диаметрально разные направления на участковом уровне и на уровне специализированных клиник (областном). Изменения в организации и тактике медицинской деятельности приводят к изменениям в клиническом мышлении, которые пока не осознаны.

Ключевые слова: Ничто, экзистенция, система Семашко, высокотехнологичная медицина, участковая медицина, клиническое мышление.

Abstract

"Postmortem experience" is reported by a smaller proportion of patients who have undergone clinical death. Most report that they "saw nothing", and it is not "a certain nothing", nor

Meon. The experience of "chemical passions" of patients is important for philosophical anthropology. "Chemical passions" are not used for medical purposes. Reforms in medicine should have diametrically different directions at the station level and at the level of specialized clinics (regional). Changes in the organization and tactics of medical activities lead to changes in clinical thinking, which are not yet realized.

Keywords: Nihil, existence, Semashko systeme, HiTech medicine, station medicine, clinical thinking.

Мой Анубис оказался мужчиной между 30 и 40. Представился, что-то сказал о наркозе. «Сейчас я надену Вам масочку, а потом...»

Следующая мысль была: «Сейчас начнут резать по груди (мысль не совсем словами, а ощущение по груди), а я ведь ещё не сплю?! Ну да ладно, ничего не чувствую (не вижу), посмотрим, как оно...»

Но Анубис свое дело знал. Взял он меня мягко, но повел в страну мертвых и обратно решительно и твёрдо. Вслед за мыслью, что операция вот-вот начнётся, появилось лицо, которое спросило: «Слышите меня? Кивните или пошевелите рукой.» Это мне удалось, но больше я ничего пошевелить не мог. Операция уже закончилась. Но место на дороге в страну мертвых, где я снова стал и Я, и собой, было весьма далеко от обычной страны живых. Достаточно сказать, что дышал не я, а машина мною.

Что делали во время операции мои Исида (операционная сестра) и Гор (оперирующий хирург), я не помню. Никаких метафизических aberrаций не испытывал. Никаких посторонних личностей не встречал. Мой анестезиолог знал своё дело. Из всей метафизики осталось только то, что было нужно для операции на сердце и для возможной по степени защиты других органов.

В состоянии, когда я не слышал и слышал, я был до утра. Точнее, пока ничего не происходило, я не чувствовал времени, видеть я видел только очень к себе близко, и только когда напрягался для этого специально (привычка болезни – прежде всего отключать зрение для экономии сил). Но если что-то происходило, я слышал, не только обращённое ко мне:

- Давление низкое
- У неё желудочек лопнул
- Наше дело – кровь, плазма, плазма, кровь, кровь, плазма.

Пара заклинаний из культа Великой Матери Богов, древнего, гораздо древнее Рима.

Дальше – работа по составлению протокола:

- Это после часу тридцати началось
- Желудочек был весь дырявый.

И прочее, что я слышал, разобрал, но забыл за 3 недели.

Потом, уже утром,- солидный, внушительный мужской голос; не иначе Сам Профессор, заведующий клиникой. Строго внушал что-то другому, ответственному, но не такому внушительному: «У вас это уже второй случай за месяц». По-видимому, доценту, заведующему операционным отделением. И «у вас» – значит в отделении, с маленькой буквы. Тот, как положено, оправдывался, но не слишком ретиво. Ну, понятно, перед подчиненными-то надо и втык принять: видите, как я за вас за всех пострадал; тщательнее надо, товарищи. И дальше-то этот втык развивать пока не стоит (я потом, месяца через три, когда смог, прикинул: статистическая норма для операционного отделения получилась 1,8 смертных случая в месяц). Профессор с доцентом плавно перешли на английский язык: профессор готовит доцента к выступлению на конференции где-то в Мексике. Доложите-ка мне, коллега, об этом случае, да по-английски. Это слово здесь лучше не употреблять, потому что в словаре-то оно, конечно, переводится так, да означает-то это только в переносном смысле, и далее, и далее, и далее. Молодцы: и внушительный тон перед младшим персоналом можно выдерживать, и польза будет. А по сути казуса разберутся на врачебной конференции и более предметно.

Потом была интенсивная палата, потом менее интенсивная, потом меня перевезли из федерального кардиоцентра в республиканский, потом потерялась квота в санаторий; в общем я постепенно вернулся к нормальной здоровой жизни.

Я несколько не считаю себя великим наблюдателем, и в качестве такового не только не прославлен, но и не известен даже. Однако хочу обратить Ваше внимание на несколько моментов.

Во-первых.

В России любому грамотному знакомо: «Заграница – это миф. Многие уходили туда, никто ещё оттуда не возвращался». Так вот, не только заграница перестала быть мифом, и уезжает «туда» из России меньше, чем «возвращается» оттуда. В «страну мертвых» только одно отделение того федерального центра, где меня оперировали, ежемесячно отправляет «на экскурсию» человек 100, и 98,2% успешно возвращает назад. А таких отделений в том федеральном центре 2 из 7, а таких федеральных центров по России 120, а еще есть и другие, не кардиологические, но так же проводящие операции не менее тяжелые и под общим наркозом. Более 100 000 человек в год, а может быть и более 200 000. А ещё другие страны... И при этом, если вернувшиеся из-за границы распространяют какую-то информацию, так что исключая эмоциональность оценки, можно всё-таки составить разумно обоснованное мнение о «дальних странах», то информация о «стране мертвых» ровно такова, чтобы понять – сильно недостоверна.

А ведь это действительно смерть, психологически, – возможно более полное прекращение психических и физиологических процессов с помощью производных кураре и других сильнодействующих ядов, нейротоксического и миорелаксационного действия, с тем, чтобы противостоять разрушающему действию кислородного голодания и нехватки глюкозы в тканях, то есть при прекращении дыхания и питания тканей. Второй день рождения после такой операции никто не отменял, но никто не отменял и того простого факта, что родиться второй раз можно только если в первый раз помрешь. И при всем при этом 5/6 переживших клиническую смерть, будучи спрошенными: «И что там видели?» отвечают «Ничего».

1/6 описывает разные там посмертные переживания, но даже Раймонд Моуди путается, пытаясь выяснить какие они. А на «молчаливое большинство» предпочитает не обращать внимание: «ничего», считаем, означает «не видели». Наверное, только мне, разом профессиональному философу и носителю русского языка можно заметить разницу между «ничего не видели» и «видели ничего», то есть «видели ничто». С содроганием представляю как я буду переводить это место моего эссе на английский язык...

Я ведь видел это ничто. Я очень хотел посмотреть, как оно будет. И я обманулся, сильно - не сильно обманулся, но заметно, когда очнулся с ожиданием «оно будет», а оно уже было. Ничто, часов 6 ничто. Ничего между «Сейчас я Вам масочку» и «Слышите меня?»

Как профессиональный философ я немедленно констатирую, что это было не то ничто, про которое Георг Гегель писал: «Ничто обычно противопоставляемое [всякому] нечто, есть ничто какого-либо нечто, определенное ничто»². Видел я отнюдь не ничто, с

1 В 2007 г. Л.Бокерия говорил о том, что в России должны делаться до 300 тысяч ангиопластик и 142-145 тысяч операций на открытом сердце. Главный кардиохирург России Лео Бокерия // Новые Известия, 19 апреля 2007. URL: <https://newizv.ru/news/society/19-04-2007/68239-glavnyj-kardiohirurg-rossii-leo-bokerija> (21.02.2019). По данным отчета А.В.Покровского и А.С.Ивандаева число операций сосудистой хирургии за 2016 год составило 135 089 (в 2014 было 119 119). Ивандаев. Состояние сосудистой хирургии в России в 2016 году. Москва: Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, 2017. URL: <http://www.angiolsurgery.org/society/situation/2016/> (21.02.2019). Не все операции из этого числа выполнялись под общим наркозом и с аппаратом искусственного дыхания.

2 «...so ist also auch das dem Etwas entgegengesetzte Nichts, das Nichts von irgend Etwas, ein bestimmtes Nichts». Примечание 1 к Тому 1 «Науки Логики». «Определенное ничто» = «ein bestimmtes Nichts» = «ничего определенного».

которым имеет дело дама, у которой шкаф забит, а надеть нечего. Скорее такое Гегелевское определенное ничто было у тех, кто рассказывает об околосмертных переживаниях: вроде бы, полет через тоннель, но не совсем; вроде бы, лучезарное существо, но не ясно, вроде бы 9 ощущений-переживаний, но всё же 15... То есть, переживали-видели, но что видели-переживали – ничего.

Не было моё ничто и тем, которое Павел Флоренский и Александр Лосев называли по-гречески меон (μῆ ὄν), а Святой Августин – материей, лишенной формы. Медный шар – это медный шар, медная статуэтка – это медная статуэтка, но медь, как вещество, не есть ни шар, ни статуэтка. Впрочем, медь, как вещество, существует, когда медь меняет форму, когда шар переплавляется в статуэтку – не тогда, когда существует расплав, но тогда, когда меняется форма. Меон очень удобное ничто – «дайте мне материю, и я сотворю из неё мир», немножко меончику, и даже я могу сотворить мир, какой пожелаю. Вся сложность творчества в том и состоит, что из меди в форме бруска или проволоки нужно сделать меон, ничто, из которого так удобно творить мир, творить кое-что или что-то.

Но я не занимался творением. Скорее уж из меня, из моего «Я» и моего тела сделали меон. Личность существует не столько как тело, сколько как душа, как жизнь тела, как процесс. Анестезиолог же должен был этот процесс остановить, убить жизнь, погасить душу. Что ему и удалось – да так, что через 6 часов движение началось с полумысли, на которой остановилось. Выключили ток, включили ток. И где ж я был в это время? Нигде, не было меня. Замороженная структура тела не была личностью, потому, что не была душой, не была душой, потому, что не была жизнью, процессом движения. Было напряжение, которое разогнало движение, когда сняли внешнее замораживание. Не сон, не измененное сознание – ничто, но не то, из которого проистекает нечто, не становление, не жизнь.

Не знаю, было ли это ничто между «Сейчас я Вам масочку» и «Слышите меня?» уконом (υκ ὄν), то есть по Сергию Булгакову ещё более глубоким, более абсолютным ничто. Не разглядел. Но вот внеличностный характер и вечность этого ничто более или менее заметны. Личностного в таком ничто трегубо меньше, чем в «*deus sive natura sive substantia*». Просить бесполезно, требовать бессмысленно, радоваться нечему, не печалит ничто – ничего вообще не происходит, не движется, потому вечно. По ту сторону времени, оттого и по ту сторону добра и зла. Что не позволяет мне заявить, будто я видел абсолютное небытие, укон – так это то, что, увидав краешек небытия, я всё же был к жизни возвращён. Но тех, кто уходит навсегда, должен предостеречь: вечность легко может оказаться неличностной.

Сия экспериментальная метафизика, натурально, интересна прежде всего философам и теологам. По счастью, есть еще другая и третья, и не только метафизика.

Во-вторых, и эта вторая экспериментальная метафизика интересна не только философам, но и врачам – по выходе из клинической смерти я окунулся в метафизическую печаль. Самому мне ещё повезло – мне просто было всех жалко. Медсестру в реанимации, у которой рассыпалось что-то стеклянно-металлическое (ругать ведь её будут!), медбрата в интенсивной палате, которого его товарищи-студенты ругали за нарушение графика и ненадлежащий порядок на рабочем месте (спустя пять лет видится, что достаточно мягко и вежливо), да слезы потекли, когда жена приехала перевозить меня в другой город в центр республиканский. Но вот в отделении бушевала такая тоска, по сравнению с которой метафизическое томление по чему-либо неземному – просто детский сад. Деревенский простой мужик, крестьянский сын, 51 год, плачет слезами, что семья останется без денег. Картошку выращивают, свинью держат, но ни жена, ни сын, ни сноха, никто из семи родственников не работает трактористом у фермера, и денег живых не получает. Как жить?! Олигарх районного масштаба, или, может быть, губернский чиновник второго ранга, 54 года, плачет слезами, что его дочка кормит с ложечки. В курилке мужики из неблагополучных поселков, на шестом-седьмом десятке, матерятся, как школьники в школьном туалете, причем и курят, и матерятся по той же причине, что и школоты: чтобы вытеснить воспоминание о «проявленной слабости», слишком уж человеческой и человеческой. 5 дней назад они тоже плакали. И – вялая реакция врачей и среднего медицинского персонала на эти

проявления послеоперационной депрессии: небольшое профессиональное сочувствие к пациенту, компенсированное здоровым эгоизмом.

Метафизическая сторона этого эксперимента явна и прозрачна, и только профессиональная тупость философов позволяет её не констатировать: экзистенция человека есть не существо, а вещество. Мыслит может быть и существо, но эмоции, в том числе и экзистенциалы – забота, страх, боль, радость и печаль, одиночество, и чуть ли не любовь – химической природы. Обезболивающее при наркозе дает человеку метафизическую печаль, а уж на что её направить, человек выбирает сам.

Я конечно утрирую, но не больше, чем на 16%. Послеоперационная депрессия запускается химически, а утрирование скрывает то, что развивается она психически. Всяческие антигистамины и гистамины, медиаторы и блокаторы вырабатываются в организме физиологически, а настроение и преобладающая реакция человека определяются их соотношением. Но депрессия сменяется эйфорией, а эйфория – агрессией, а агрессия усталостью – психически. Так вот, никаких наставлений по развитию метафизической тоски моей экзистенциальной души, никакой помощи в развитии психических процессов, никакого направления и укрепления, я не получил, и не заметил, чтобы таковые были бы дадены другим страждущим (пациентам). Один только студент-медбрат в интенсивной палате назвал меня «настоящим полковником» в момент перехода от послеоперационной депрессии к столь же послеоперационной эйфории – за что ему отдельное спасибо, вовремя назвал.

Масштаб страстей огромен. Графья и короли в регулярной жизни близко не подходят к такому. Вопреки Шекспиру, страсти королей не больше страстей бедняков. Миллионерам приходится прыгать с моста, привязав резиновый жгут за ноги, и ещё и в голом виде, чтобы издали взглянуть на похожее. Но что чувствует молодой бездельник в своих экстремальных развлечениях – мимолетно, проходит за полчаса. Пациенту же после операции выбираться полгода. Полгода гипершекспировские страсти тянут и толкают человека, сгущают и разглаживают его душу, достают с третьего и пятого дна его жизни такие резервы, каких там и не было, и видимо, всё-таки работают, потому что пациенты часто выздоравливают. Но ведь обычное – не значит лучшее, и даже не ясно, является ли просто хорошим.

Суть медицинских публикаций, которые мне попадались под руку по этой теме состоит в том, что вот, однажды, было так (а в другой публикации: в другой раз было еще и так-то). В общем и целом – как химия на душу положит. Мысль же состоит в том, что можно было бы врачам использовать силу и мощь этих страстей в медицинских целях. Их Превосходительство Химия положила на меня депрессию, которая через 4-6 дней должна перейти в эйфорию. *Врачу*, посоветуй мне: ускорять мне этот процесс или тормозить? Как нападёт эйфория, голубому небу радоваться мне или зеленому лесу? Не кажется, чтобы это было медицински безразлично, при той силе страсти, которая и генерала, и врача-циника скручивает в бараний рог за минуты...

В-третьих.

Вопрос ещё, для каких именно медицинских целей? Лечила то меня система. Оперировавший врач видел меня три раза: при диагностике, на операции и перед переводом в республиканскую клинику. Ведущий врач в федеральном центре видела меня в общем, но не скажу, чтобы специально; скорее по документам (но по документам, наверное, внимательно). Очень надеюсь, что профессор хотя бы видел мои карты – впрочем, это скорее от общечеловеческого нарциссизма: было ли в моем казусе что-нибудь такое, на что руководителю клиники стоило бы обратить внимание? Вообще-то, не дай бог, даже тяжелое заболевание для пациента лучше бы иметь обычное, а не интересное для профессора. В республиканском центре меня вообще вела врач-интерн. И ничего, в общем и целом я выздоровел. Испортить казус мог любой медбрат (или медсестра), не говоря уж о врачах, но каждый сделал свою работу достаточно хорошо, а система сработала в целом так, что между областями ответственности врачей-медсестер-техников-по-приборам ничего катастрофического не просочилось.

Лечила меня система Семашко. Участковый терапевт, районная больница (в моем случае она называлась «2-я городская»), областная больница («Республиканский клинико-диагностический центр»), специализированная клиника («Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»), а через дорогу был виден столь же федеральный «Перинатальный центр». Трехуровневая система медицинской помощи, на третьем уровне дополняемая специализированными клиниками, а на втором – жить мы стали всё же богаче – дополняемая диагностическими клиниками (в моем случае частной клиникой, врачи которой не поленились толкнуть меня в объятия федеральных программ и квот, на частную операцию денег у меня не хватило бы). И такие же трехуровневые системы педиатрическая и гинекологическая-перинатальная, и система санитарного надзора, и даже санаторно-профилактическая система, несмотря на политический разгром профсоюзов, осуществленный в 90-е годы. Система Семашко, легко справлявшаяся с «хроническим недофинансированием» советских времен (принципиально пишу в кавычках), и преодолевшая даже «травматическое недофинансирование» с 1992 по примерно 2006 годы. «Хроническое недофинансирование» советских времен выражалось в том, что для «граждан», то есть для элит – артистов, чиновников, журналистов – были недоступны «дорогие» (читай: импортные, и, вероятно, непроверенные) лекарства и способы лечения, а доступны были те же, что и для всех граждан. В 90-е годы «дорогие» лекарства и услуги стали доступны, для тех, у кого есть деньги, а все прочие, «бедные», вышли в триаж.

А вот к нынешним медицинским реформам у меня вопросы. И к страховой медицине, и к высокотехнологичной медицинской помощи. Страховая медицина, вообще-то к охране здоровья не относится собственно никак. Николай Александрович в 1918 году поставил вопрос чуть-чуть иначе: давайте будем людей лечить, давайте будем осуществлять санитарный надзор, а через несколько лет потребовал заняться и санаторно-курортной профилактикой, «а вопросы финансирования будем рассматривать отдельно». То есть если ваше государство слабовато для социального и еле-еле тянет на правовое, то да, надо заниматься медицинским страхованием. Но если ваше гражданское общество уже правовое, то оно и с вашего государства может спросить, чтобы система финансирования здравоохранения была достаточно прозрачной. Вопрос, вообще-то, в том, хватает денег на здравоохранение или нет, насколько и каким способом нужно и можно повысить финансирование здравоохранения, а не в том, должны ли это быть частные пожертвования или подходящий налог. Годится и медицинское страхование, но потом все-равно придется реализовать солидарную ответственность государственного бюджета, на всю систему здравоохранения страховых денег не хватит.

Вполне понятны и различные аспекты «доступности высокотехнологической медицинской помощи». Во времена Семашко регулярное питание в больнице было если не главным, то одним из самых сильных факторов лечения. В 2012 г. питание в российских больницах, особенно на районном уровне, было таким, что лучше уж рисковать несоблюдением режима процедур при амбулаторном лечении. Понятно и то, что федеральный центр сосудистой хирургии обеспечен и оборудованием поновее и подороже, и внимание персонала к пациентам «денег стоит», а раз так, то для того, чтобы больше пациентов могли пройти через федеральный центр – следует переводить пациента через две недели в больницу рангом ниже, ценой подешевле. Стандарты медицинской помощи в 2019 году не могут быть такими же как в 1919.

Но вот тут-то и проглядывает некоторая тонкость, что нем позволяет мне сказать: «маневр выполнен толково». В моем случае система четко и качественно сработала на то, чтобы как можно быстрее и с меньшими затратами вылечить пациента. Патрон отстрелен, гильза выброшена, из магазина можно заряжать нового пациента. Я даже не могу пожаловаться на то, что «система затянула», и пришлось мне делать операцию на открытом сердце. В 2009 году, когда можно было мне ещё обойтись стентированием, операцией малотравматичной и кратно более дешевой, и с кратно меньшими сроками послеоперационного восстановления, – не было еще построено моего Федерального центра.

Результативность маневра налицо. Но не дает покоя мысль, высказанная оперировавшим хирургом при отправке меня в другую клинику. Посмотрев разные сопровождавшие меня бумаги (протоколы диагностических процедур, выполненные другим отделением этого Центра), он мне бодрым и внушительным голосом сказал: «Ну что. В общем то все неплохо. От 5 до 15 лет мы Вам гарантируем». По моим собственным расчетам, перед операцией у меня было здоровья на 3 месяца, стало – на 5-15 лет. Результат вполне удовлетворительный. Лично меня вполне удовлетворяет. Не было бы такого, некого было бы в моем случае удовлетворять.

Но от системы можно потребовать и большего. Не только того, что система не должна пропускать сквозь сито тех, кто созрел для стентирования, и не доводить их до шунтирования. Это всё то же: «вылечить пациента как можно быстрее и с наименьшими затратами». Это всё то же брежневское: «экономика должна быть экономной». Задачу для системы можно поставить и иначе: вылечить пациентов столько, сколько их есть, и таким способом, чтобы гарантировать им наибольшее количество здоровья.

Реформы на участковом звене на меня впечатления не производят. Переименовать участковому терапевту в домашнего врача – как милицию в полицию и обратно. А вот когда участковому врачу несколько лет назад сократили норму времени на прием пациента, кажется с 15 до 12 минут – вот это мне из принципа непонятно. Я не видел расчётов и обоснований, вполне может быть, что с применением компьютеров в регистратуре поликлиники такое изменение нормы времени пройдет без потери качества – но уж точно, к улучшению первичной диагностики не приведет. А уж 12 и даже 15 минут приема у узкого специалиста (кардиолога, уролога, эндокринолога) – просто пустая трата времени. Пациента, врача, системы. Врачи частной клиники хоть какие-нибудь соображения по моему поводу начинали продуцировать минут после 20 «приема». Неплохо было бы это померить, а померить это можно средствами анализа труда, но, чтобы это кто-то мерял – не видно и не слышно.

Участковый врач должен быть усилен средствами электронного медицинского паспорта, а сам таковой паспорт – не просто амбулаторная карта образца 1976 или какого другого года, не просто старого образца документ, но на электронном носителе. Это, конечно, полноценный Искусственный Интеллект, привольно гуляющий по Большим данным. И участковый врач не должен быть просто оператором, вводящим в ИИ кусочек БД. При таком подходе здоровье пациента может пониматься только как отсутствие каждого из 10000 заболеваний, зарегистрированных в Международной Номенклатуре, а задача системы здравоохранения – как в кратчайшие сроки выздоровление пациента, несмотря на его сопротивление. Участковый врач вместе с пациентом и с помощью ИИ должны работать на возможно большее количество здоровья для возможно дольшей полноценной жизни (и труда!) пациента. Но кто бы знал, что это такое количество здоровья? Последний, кто об этом думал всерьез, был Николай Михайлович Амосов...

Районное звено, стационарная лечебная деятельность которого заметно сокращается в пользу амбулаторной, в текущей реформе тоже имеет все шансы на оптимизацию до полного урезания. Но именно в этом звене должны быть узкие специалисты, с одной стороны, и аппаратная диагностика, с другой. Специалисты и аппаратная диагностика, нормы времени и нормы обслуживания которых обеспечивали бы не скорейшее выявление и быстрейшее лечение 10000 нозологических единиц, а продуцирование идей для улучшения здоровья конкретных их пациентов.

И только в областном звене нынешняя реформа вызывает не принципиальную, а лишь техническую критику. Областному звену пациент достаётся не здоровый, а больной, и с известной нозологической номенклатурой, и его действительно надо вылечить как можно быстрее и с наименьшими затратами. Принципиально тут всё идет в правильном направлении, конечно хотелось бы, чтобы деньги не терялись. Ну да где в России не воруют, и где в мире не воруют при строительстве? Вопросы эти не к врачам, вопросы к юристам. И вопросы не о том, чтобы уменьшать коррупционную емкость. Коррупционная емкость

уменьшается не тогда, когда вводится новая бумажка, новая форма документа, а тогда, когда система работает для тех целей, для которых предназначена. Вопрос не в новых законах, а в том, чтобы существующие почаще исполнялись.

И наконец, в-четвертых.

Сходив на экскурсию в страну мертвых, и посетив все круги медицинской системы Семашко, я вернулся туда, где начинал свою трудовую жизнь, и услышал в Медакадемии старые песни о главном в труде врача – про клиническое мышление. Гей, врачу! Не было этого! Ни один врач не осматривал меня с макушки до пяток, как-то настоятельно рекомендовали Ипполит Васильевич Давыдовский и Андрей Дмитриевич Адо. Оперирующий хирург и анестезиолог могли бы, но судя по протоколу операции, обошлись без перкуссии и пальпации, систематических во всяком случае. Их собственные глаза и уши, их собственные руки и нос заменили им врачи-техники функциональной диагностики... Если клиническое мышление – это то, чему учили Давыдовский и Адо, то оно ушло в прошлое. Кто осматривал глазное дно – не перепроверял анализы. Кто планировал операцию – не стоял рядом, когда я «крутил велосипед». Если диагноз рождается где-то между районным и областным звеном медицинской системы, при активном непосредственном участии человек 600, то кто мыслит клинически? Думай врачу, думай, на то ты и доктор, и иногда даже доктор медицинских наук.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
3. А.Д. Некоторые философские аспекты учения о болезни. Материалистические основы учения о реактивности организма / В.В. Куприянов, д-р мед. наук, проф.; Всесоюзное о-во "Знание". Москва: Знание, 1967. 79 с. ; 21 см.
4. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека – Москва; Ленинград: Медгиз, 1938. - [3], 192 с. : рис.
5. А.В.Покровский, А.С.Ивандаев Состояние сосудистой хирургии в России в 2016 году. Москва: Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, 2017. URL: <http://www.angiolsurgery.org/society/situation/2016/> (21.02.2019).

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Поволоцкая Наталья Валерьевна

*Главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики
«Стоматологическая поликлиника № 2 Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики»,
г. Ижевск*

Морозова Светлана Михайловна

*Заместитель главного врача по лечебной работе бюджетного учреждения
здравоохранения Удмуртской Республики «Стоматологическая поликлиника №2
Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»,
г. Ижевск*

Арасланов Олег Нариманович
*Юрисконсульт бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики
«Стоматологическая поликлиника №2 Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики»,
г. Ижевск*

**LEGAL PROBLEMS OF PROVIDING PAYABLE MEDICAL SERVICES
INCLUDING THE TERRITORIAL PROGRAM OF THE STATE GUARANTEES OF
FREE RENDERING TO CITIZENS OF MEDICAL AID**

Povolotskaya Natalya Valeryevna
*Chief doctor of the budgetary institution of public health of the Udmurt Republic "Dental
Clinic No. 2 of the Ministry of Health
of the Udmurt Republic", Izhevsk*

Morozova Svetlana Mikhailovna
*Deputy Head Physician for Medical Work of the budgetary institution of public health of
the Udmurt Republic "Dental Clinic No. 2 of the Ministry of Health of the Udmurt Republic",
Izhevsk*

Araslanov Oleg Narimanovich
*Legal Counsel of the budgetary institution of public health of the Udmurt Republic "Dental
Clinic No. 2 of the Ministry of Health
of the Udmurt Republic", Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

В статье проведено правовое исследование спорной ситуации привлечения бюджетного учреждения здравоохранения к ответственности в виде штрафа за предоставление платной медицинской услуги, которая предусмотрена территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исследованы условия правомерного предоставления платных медицинских услуг. Сформулированы выводы и предложены рекомендации по совершенствованию понятийного аппарата и процессуального порядка применения ответственности в сфере обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: территориальная программа государственных гарантий; бесплатная медицинская помощь; обязательное медицинское страхование; платные медицинские услуги; санкции; спорные случаи; совершенствование терминологического аппарата.

ABSTRACT

The article conducted a legal study of the controversial situation of bringing a public health institution to justice in the form of a fine for providing paid medical services, which is provided for by the territorial program of state guarantees of free medical care to citizens. The conditions of lawful provision of paid medical services are investigated. Conclusions are formulated and recommendations are offered for improving the conceptual apparatus and the procedural procedure for the application of responsibility in the field of compulsory health insurance.

Keywords: territorial program of state guarantees; free medical care; compulsory medical insurance; paid medical services; sanctions; controversial cases; improvement of terminological apparatus.

В целях исполнения комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года в соответствии с Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 гг. [11]. и Комплекса мер по обеспечению системы

здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 г. [2], Правительством Удмуртской Республики утвержден План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Удмуртской Республике» (далее – Дорожная карта) [9].

Ключевыми задачами осуществления кадровой политики в соответствии с Дорожной картой являются поэтапный перевод руководителей и работников медицинских организаций на «эффективный контракт», проблемные вопросы которого исследовались ранее [6], а также повышение к 2018 году средней заработной платы медицинских работников и достижение целевых значений уровня заработной платы.

Достижение целевых значений уровня заработной платы невозможно без развития дополнительных источников финансирования. Таким и практически единственным источником финансирования бюджетного учреждения здравоохранения (далее – учреждение и(или) исполнитель) является доход от деятельности по оказанию платных медицинских услуг (далее – ПМУ).

Однако в практической деятельности выявлены спорные случаи применения страховой медицинской организацией (далее – СМО) к учреждению штрафных санкций на основании необоснованных выводов о наличии дефекта при оказании медицинской помощи по коду 1.4 «Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования» [12, приложение 31] (далее – дефект) по факту предоставлении ПМУ, входящих в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТПГГ) [13], требующие правового разрешения.

Предметом настоящего исследования является правоотношения, возникающие между потребителем ПМУ, исполнителем и СМО, при предоставлении ПМУ, входящих в ТПГГ.

Целью исследования является правовой анализ условий и разработка рекомендаций законного и обоснованного предоставления учреждением ПМУ, входящих в ТПГГ.

Методы исследования: анализ теоретических источников и нормативно-правовых источников; сравнение; обобщение; анализ документов; моделирование.

Фабула рассматриваемого случая: пациент обратился в учреждение за медицинской помощью, в связи с чем начато лечение по поводу заболевания К 05.3 (хронический пародонтит). Пациенту за несколько посещений в разные дни было оказано несколько медицинских услуг, что отражено в медицинской документации. Большая часть услуг была оказана пациенту на безвозмездной основе в рамках ТПГГ: прием врача-стоматолога-терапевта повторный, определение пародонтальных индексов, назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов, аппликационная анестезия, , аппликация лекарственных препаратов, введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман, наложение лечебной повязки и другие. Помимо безвозмездных медицинских услуг, пациенту на платной основе была оказана медицинская услуга «Профессиональная гигиена полости рта и зубов» (далее – Услуга) с использованием ультразвукового аппарата Pieson Master, обеспечивающего профессиональное и щадящее снятие зубного камня, устранение биоплёнки и прочих зубных отложений благодаря эффектам кавитации и акустических микропотоков. До предоставления Услуги с пациентом был заключен письменный договор предоставления платных медицинских услуг (далее – договор), до подписания договора пациенту было разъяснена возможность получения соответствующей услуги без взимания платы в рамках ТПГГ. Таким образом, условия предоставления Услуги отвечали Правилам предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (далее – Правила) [10]. Претензий со стороны пациента не поступало, пациент был полностью удовлетворен качеством Услуги.

Однако СМО при выборочной проверке усмотрело в действиях учреждения по предоставлению Услуги признаки дефекта при оказании медицинской помощи и в акте

применило к учреждению штрафные санкции по коду 1.4 на сумму 11701,78 рублей, просит вернуть пациенту затраченные им денежные средства при получении Услуги.

Доводы СМО в обоснование своего решения следующие: 1) медицинская услуга «Профессиональная гигиена полости рта и зубов» неправомерно оказана на платной основе только потому, что «..услуга включена в Приложение №5 к Тарифному соглашению в сфере ОМС на территории УР на 2018 год от 25.12.2017г. ...»; 2) «услуга была оказана не в полном объеме, под оплату был подан незаконченный случай лечения, а именно профгигиена не подана в реестр под оплату.». При этом СМО ссылается на разъяснения, изложенные в письме Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.09.2017г. №10524/30-1/4895 (далее – Письмо ФФОМС) о том, что «смешанная форма оплаты (в соответствии с Программой ОМС или на платной основе, согласно статьи 84 Федерального закона №323-ФЗ») за один законченный случай законодательством об ОМС не предусмотрена».

Исследование правового регулирования в сфере предоставления медицинских услуг, в том числе платных, дает основание полагать, что доводы СМО несостоятельны и противоречат закону и иным нормативно-правовым актам, а требования в акте не подлежат исполнению.

Так, нормативное регулирование ПМУ услуг осуществляется Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №323-ФЗ), Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), Правилами. Отдельные разъяснения Минздрава России содержатся в Памятке для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи (далее – Памятка) [8], в письме ФФОМС.

ПМУ оказываются на основании договора, который относится к возмездным договорам гражданско-правового характера, о чем прямо говорится в п. 2 ст. 779 Гражданского кодекса Российской Федерации. Согласно статьям 153, 154 ГК РФ любой дееспособный гражданин вправе совершать сделку, направленную на получение ПМУ, и заключать соответствующие договоры. Согласно части 2 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ каждый имеет право на получение ПМУ и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Согласно частям 1 и 4 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ граждане имеют право на получение ПМУ, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи. ПМУ могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Согласно части 5 статьи 84 Федерального закона №323-ФЗ медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий и ТППГ, имеют право оказывать пациентам ПМУ.

Согласно пункту 2 Правил «платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС. Согласно пунктам 3,4 Правил ПМУ предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке. Требования к ПМУ, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.». Согласно пункту 6 Правил «При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках ППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и ТППГ (далее - соответственно программа, территориальная программа)». Согласно абзацу 2 пункта 6 Правил отказ потребителя от заключения договора

не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы. В Памятке Минздрава России разъяснено, что «в соответствии с законодательством Российской Федерации граждане имеют право на получение ПМУ, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи».

Таким образом, ни Федеральный закон №323-ФЗ, ни Правила, ни разъяснительные документы Минздрава России не содержат запретов и ограничений на оказание ПМУ, входящих в программу и территориальную программу.

В письме ФФОМС дается разъяснение: «смешанная форма оплаты (в соответствии с Программой ОМС или на платной основе, согласно статьи 84 Федерального закона №323-ФЗ) за один законченный случай законодательством об ОМС не предусмотрена». Буквальное толкование разъяснения позволяет сделать вывод, что медицинская помощь в рамках одного законченного случая, может быть оказана как без взимания платы в соответствии с Программой ОМС, так и на платной основе. Однако проблема состоит в том, что понятие «законченный случай» не определено ни Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации» ни Федеральным законом №323-ФЗ. Эквивалентным по смысловому значению является понятие «медицинская услуга, имеющая самостоятельное законченное значение», закрепленное в пункте 4 статьи 2 Федерального закона №323-ФЗ.

Согласно пункту 3 статьи 2 №323-ФЗ медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, а согласно пункту 4 статьи 2 указанного закона медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. В то же время согласно номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура и(или) Приказ Минздрава России № 804н), под кодом «А16.07.051» предусмотрена медицинская услуга «Профессиональная гигиена полости рта и зубов». Вышеуказанная услуга включена в раздел «А» Номенклатуры, который согласно абз. 2 пункта 3 включает медицинские услуги, имеющие самостоятельное законченное значение.

Таким образом, медицинская услуга «Профессиональная гигиена полости рта и зубов» согласно нормам Федерального закона №323-ФЗ и Приказа Минздрава России № 804н при оказании её Учреждением имела самостоятельное законченное значение и представляла собой законченный случай, следовательно, правомерно оказана на платной основе.

Согласно пункту 15 раздела «Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования» разъяснений Минздрава России совместно с ФФОМС, изложенных в Письме Минздрава России от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 [7] по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи «Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.».

Вместе с тем, СМО, применяя к учреждению штрафные санкции не привела обоснованных доводов относительно того, входит или нет ультразвуковой аппарат Pieson Master, использованный при оказании Услуги либо иное медицинское изделие с аналогичными потребительскими характеристиками в перечень медицинских изделий, примененный для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь.

Предложение СМО вернуть пациенту затраченные им денежные средства при получении Услуги противоречит гражданскому законодательству и не может быть исполнено по следующим обстоятельствам.

Так, согласно статье 166 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) сделка недействительна по основаниям, установленным законом, в силу признания ее таковой судом (оспоримая сделка) либо независимо от такого признания (ничтожная сделка).

Согласно пункту 2 статьи 167 ГК РФ при недействительности сделки каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по сделке, а в случае невозможности возвратить полученное в натуре (в том числе тогда, когда полученное выражается в пользовании имуществом, выполненной работе или предоставленной услуге) возместить его стоимость.

Требование к Учреждению вернуть пациенту затраченные им денежные средства по сути означает применение недействительности сделки согласно пункту 2 статьи 167 ГК РФ.

Вместе с тем, платная медицинская услуга была оказана пациенту по договору предоставления платных медицинских услуг, который является письменным оформлением сделки предоставления пациенту платной медицинской услуги. Договор является действительным и исполнен сторонами: платная медицинская услуга оказана качественно и оплачена пациентом, в связи с чем вернуть пациенту затраченные им денежные средства не представляется возможным.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Отсутствие нормативно закреплённых терминов и определений в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации дает возможность страховым медицинским организациям произвольно толковать термины, что в свою очередь позволяет необоснованно применять финансовые санкции к учреждениям здравоохранения.

2. Произвольный немотивированный подход к применению санкций по коду дефекта 1.4 приводит к ограничениям на оказание ПМУ и лишает медицинские учреждения возможности выполнить установленные учредителем целевые показатели повышения заработной платы медицинских работников («дорожной карты») при том, что тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС не обеспечивают динамику повышения заработной платы в соответствии с «дорожной картой».

3. Размер тарифа на стоматологическую помощь не обосновывается с учетом перечня лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Рекомендации:

1. Необходимо совершенствовать понятийный аппарат, применяемый в Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации», с целью его гармонизации с терминами и определениями, используемыми в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и изданных после его вступления в силу подзаконных нормативных правовых актах.

2. Необходимо уточнить правовую регламентация и обеспечить детальный процессуальный порядок привлечения медицинских организаций к ответственности в виде штрафов и иных санкций.

3. Перечень медицинских изделий: стоматологического оборудования, стоматологических материалов, лекарственных препаратов для оказания бесплатной стоматологической помощи в стоматологических поликлиниках и кабинетах в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования должен быть детализирован до уровня применяемого медицинского оборудования, финансируемого за счет средств ОМС.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 26.01.1996 N 14-ФЗ: принят Гос. Думой Федер. Собр. Рос. Федерации 22 декабря 1995 года (ред. от 29.07.2018 N 225-ФЗ) // Консультант Плюс - надежная правовая поддержка. Официальный сайт компании «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/ (дата обращения: 04.02.2019).
2. Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 г.: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 года № 614-р // Правительство Российской Федерации: сайт. URL: <http://government.ru/docs/1425/> (дата обращения: 04.02.2019).
3. Номенклатура медицинских услуг: утв. приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н // Консорциум «Кодекс»: Электронный фонд правовой и нормативно-технической информации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/542609980> (дата обращения: 04.02.2019).
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Администрация Президента России: официальный сайт. URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/34333> (дата обращения: 04.02.2019).
5. Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Государственная система правовой информации. Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102143352> (дата обращения: 04.02.2019)
6. Организация проведения аттестации медицинских работников и ее объективное и правомерное осуществление при переходе на эффективный контракт [Электронный ресурс] / Н.В. Поволоцкая, О.Н. Арасланов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов: международный научно-практический журнал. Ижевск, 2015. № 1. С. 7-11. URL: http://www.igma.ru/attachments/article/868/N1_2015.pdf (дата обращения: 04.02.2019).
7. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов: письмо Минздрава России от 13.12.2017 N 11-7/10/2-8616 // Консультант Плюс - надежная правовая поддержка: Официальный сайт компании «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285651/ (дата обращения: 04.02.2019).
8. Памятка для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи: письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 августа 2018 г. № 11-8/10/2-5437 // Консорциум «Кодекс»: Электронный фонд правовой и нормативно-технической информации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/551032410> (дата обращения: 04.02.2019).
9. План мероприятий («дорожной карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Удмуртской Республике»: утв. распоряжением Правительства Удмуртской Республики от 1 апреля 2013 года № 209-р // Консорциум «Кодекс»: Электронный фонд правовой и нормативно-технической информации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/463801118> (дата обращения: 04.02.2019).
10. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг: утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 // Российская газета. 2012. 10 октября. URL: <https://rg.ru/2012/10/10/meduslugi-dok.html> (дата обращения: 04.02.2019).
11. Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2190-р // Правительство Российской Федерации: сайт. URL: <http://government.ru/docs/5579/> (дата обращения: 04.02.2019).
12. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на

территории Удмуртской Республики на 2018 год // Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики: сайт. URL: <https://www.tfoms18.ru/content/view/424/260/> (дата обращения: 04.02.2019).

13. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2018 год и на плановый 2019 и 2020 годов: утв. постановлением Правительства Удмуртской Республики от 29 декабря 2017 года № 595 // Официальный сайт Главы Удмуртской Республики и Правительства Удмуртской Республики. URL: <http://www.udmurt.ru/regulatory/index.php?typeid=31183294&year=2017&docnt=> (дата обращения: 04.02.2019).

ДОПРОС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ДЕЛ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Поздеев Алексей Родионович

*доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины с курсом
судебной гистологии ФПК и ПП, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская
академия*

Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

Шепелев Сергей Валерьевич

*заместитель руководителя отдела процессуального контроля Следственного
управления Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике*

INTERROGATION OF HEALTH WORKERS AT INVESTIGATION OF CASES OF INADEQUATE DELIVERY OF HEALTH CARE: CRITERIA FOR EVALUATION OF EFFICIENCY

Pozdeev Alexey Rodionovich

*Professor of the Department, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor
of the Department;*

Shepelev Sergey Valeryevich

a graduate student, the deputy head of department, the major of justice

АННОТАЦИЯ

Проведено сравнительно-правовое исследование института следственного действия – допроса свидетелей, обвиняемых – медицинских работников по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи на примере случая неблагоприятного исхода в акушерстве-гинекологии. В ходе сравнительного анализа выявлены по критерию информативности Кульбака (J-критерий) признаки, характеризующие допросы медицинских работников по уголовным делам с перспективой завершится обвинительным заключением.

ABSTRACT

The comparative and legal research of institute of investigative action - interrogation of witnesses, defendants - health workers on cases of inadequate delivery of health care on the example of a failure case in obstetrics and gynecology is conducted. During the comparative analysis the signs characterizing interrogations of health workers on criminal cases with prospect are revealed by criterion of informational content of Kulbak (J-criterion) will come to the end with the indictment.

Ключевые слова: допрос, медицинские работники, неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи, предварительное расследование.

Keywords: interrogation, health workers, failures of delivery of health care, preliminary investigation.

Тактике проведения допроса, его процессуальному порядку посвящено значительное число монографических исследований, научных статей. В науке криминалистике дано классическое определение допроса, как «процесса получения показаний от лица, обладающего сведениями, имеющими значение для расследуемого дела, в установленном уголовно-процессуальным законом порядке» [1]. Несмотря на появление многих современных технологий и проникновения их в уголовно-процессуальную деятельность допрос остается самым распространенным и при этом самым сложным следственным действием. Производство допроса требует не только знания процессуального и материального закона в определенной сфере, но и жизненного опыта, умения разбираться в психологии. Указанная интерпретация допроса нашла свое отражение и в юридической литературе. Н.И. Порубов отмечает, что «допрос — это широкое использование криминалистической тактики, судебной психологии, логики следствия, педагогики воспитания и этики поведения. Тактика допроса складывается в зависимости от личности допрашиваемого, профессиональной подготовки и умения следователя, особенностей дела [1].

Для того чтобы успешно осуществить допрос, следователь должен четко представлять себе, какую информацию и с помощью каких приемов и средств он намерен получить. Исходя из положений теории информации, допрос можно представить, как процессуальную форму общения, содержанием которого является получение информации, имеющей отношение к расследуемому делу.

Привлекая медицинского работника к уголовной ответственности, следователь, исходит из версии о его виновности. В то же время полагаем, что до тех пор, пока эта версия не доказана в полном объеме, следователь должен постоянно иметь в виду, параллельно развивать и проверять противоположную версию о невиновности того же лица. В плане криминалистической тактики это требует разработки, выбора, применения приемов, «работающих» одновременно на обе версии, действующих избирательно, то есть приемов, которые изобличают преступника и в то же время не вредят невиновному, не причиняют ущерба его правам и интересам. Заподозренное лицо вправе сообщить обстоятельства, которые, по его мнению, являются существенными для установления истины по делу.

В этой связи к подготовке вопросов для допроса медицинских работников, в отношении которых имеются основания для подозрения в совершении преступления, целесообразно привлечь сведущих лиц (профессора медицинских академий, опытные врачи-клиницисты, сотрудники контрольно-надзорных органов в сфере здравоохранения, но в рамках имеющейся компетенции и, исходя из конкретных обстоятельств расследуемого преступления), обсудить с ними не только содержание вопросов, но и сгруппировать их на основные, дополнительные, начальные, промежуточные, детализирующие, контрольные. Основные вопросы, которые необходимо «проговорить» со сведущим лицом, и в последующем выяснить в ходе допроса: мотив и причины избрания определенной методики и тактики лечения или выполнения медицинского вмешательства. Досконально осуществить допрос по технологии лечения или стадии врачебного процесса, при выполнении которого возник дефект, но безотносительно к предмету конкретного события. Также одним из сложных и дискуссионных остается вопрос относительно объема допроса, как он зависит от процессуального статуса допрашиваемого медицинского работника, есть ли какие-то критерии для установления «стандартного» объема печатных слов в допросе.

Вывод, сделанный авторами-медиками в статье под рубрикой «Как не надо себя вести на предварительном следствии и в суде» [2]: о допросе как следственном и судебном

действию медики должны получать представление при обучении в вузе. А рост числа уголовных и гражданских дел в отношении медицинских работников требует пополнения знаний о допросе, его сущности, особенностях методики и тактики по делам о ненадлежащем оказании и неоказании медицинской помощи. Все вышесказанное вызывает необходимость продолжить исследование.

Цель настоящего исследования состоит в проведении научного сравнительно-правового исследования института следственного действия – допроса свидетелей и обвиняемых – медицинских работников по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Нормативно-правовую базу исследования составили действующие в Российской Федерации законы. Методологическую основу исследования составили современные положения теории познания социальных явлений, включая системный анализ. Эмпирическая основа исследования была сформирована на основе уголовного дела, расследованного в Удмуртской республике. Уголовное дело [5] было направлено с обвинительным заключением в суд и включало 83 допроса медицинских работников: от младшего медицинского персонала до руководителей медицинских организаций. В основу учета получаемых показателей было положено максимально подробное описание признаков, что позволило оценивать выраженность признака только по двухбалльной шкале оценок (1 балл - отсутствие признака; 2 балла - наличие признака). По нашему мнению, подобная схема изучения способствует объективизации описания, сводя к минимуму субъективизм оценок исследователя относительно выраженности того или иного признака.

Перечень учитываемых условий и признаков:

- 1) стадия оказания и описание событий на определенной стадии оказания медицинской помощи;
- 2) объем документа, на котором зафиксирован допрос медицинского работника;
- 3) наличие «вопросо-ответной» стадии в ходе допроса;
- 4) ссылки на медицинские документы и детализация фактов по медицинским документам в ходе допроса;
- 5) давность проведения допроса медицинского работника от события, связанного с возбуждением уголовного дела; детализация этих обстоятельств в ходе допроса;
- 6) противодействие при проведении допроса медицинским работником;
- 7) опыт следователя, при расследовании аналогичных дел (в ходе расследования следователи менялись);
- 8) использование при допросе не расшифрованных медицинских терминов, малопонятных для юристов;
- 9) в ходе допроса получены новые факты, расследуемого события, связанного с возбуждением уголовного дела;
- 10) материалы допроса медицинского работника включены в обвинительное заключение, утвержденное прокурором и направленное в суд;
- 11) учитывался также первичный или повторный допрос медицинского работника.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислением критерия информативности признаков Кульбака (J-критерий).

$$J(x,1:2) = \frac{N_1 N_2}{N_1 + N_2} \sum_{i=1}^4 (p_i - q_i) \ln \frac{p_i}{q_i}. \quad (1.1.)$$

При сравнении m выборок вычисляется статистика:

$$J(x,1:2) = \sum_{i=1}^m N_i \sum_{j=1}^4 (p_{ij} - p_j) \ln \frac{p_{ij}}{p_j}. \quad (1.2.)$$

Где N_i – объемы каждой из m выборок (количество допросов медицинских работников); p_{ij} – средняя оценка относительных частот интервальной структуры по всем данным,

$$p_{ij} = \frac{N_1 p_1 + N_2 p_2 + \dots + N_m p_m}{N_1 + N_2 + \dots + N_m} \quad (1.3.)$$

Допрос как отмечалось выше остается самым распространенным и при этом самым сложным следственным действием. Производство допроса требует не только знания процессуального и материального закона в определенной сфере, но и жизненного опыта, умения ориентироваться в медицинской терминологии. Нередко ходатайствуют о допросе медицинских работников перед следователем сами медики, выступающие в роли врачей-экспертов, консультантов, для того чтобы разрешить противоречивую информацию. Допрос медицинских работников отличается множеством специфических особенностей, без учета которых снижается его эффективность.

Краткие обстоятельства уголовного дела [5], прекращенного по не реабилитирующим основаниям (п.3 ч.1 ст.24 УПК России): «...14.03.2016 роженица И. госпитализирована в родильный дом с диагнозом: «Беременность 37-38 недель, преждевременный разрыв плодных оболочек, риск 2». 15.03.2016 И. самостоятельно родила ребенка женского пола. 17.03.2016 в связи с ухудшением состояния и подозрением на почечные колики И. переведена в центральную городскую больницу, где в этот же день ей проведена экстирпация матки. При проведении операции обнаружена забрюшинная гематома, вскрытая хирургами. 20.03.2016 в связи с тяжелым состоянием И. переведена в центральную республиканскую больницу, где скончалась 25.03.2016. В ходе проведенных в указанном медицинском учреждении операций выявлены дефекты сосудов, которые могли послужить источником кровотечения...». В уголовном деле имеется 76 первичных допросов и 7 повторных. Ятрогенный дефект подтвержден наряду с заключением эксперта, допросами специалистов и экспертов, например, ответом на вопрос следователя: «... выявлено ятрогенное повреждение сосудов – нижней брыжеечной артерии, левой почечной вены, по каким признакам комиссией сделан вывод о ятрогенном повреждении указанных сосудов». Самыми объемными были допросы лечащих врачей на различных этапах оказания медицинской помощи И. и достигали до 3000 слов в протоколе. Сравнение частот изучаемых признаков по критерию Кульбака (J) свидетелей (в числе которых был обвиняемый) и обвиняемого представлено в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение частот изучаемых признаков по критерию Кульбака (J)

| п/п | Признак | Относительные частоты | | | Коэффициент Кульбака (критерий J) |
|-----|--|-----------------------|----------------------|----------------|-----------------------------------|
| | | Свидетель УД 1 [4] | Обвиняемый УД 1 [[4] | Средняя оценка | |
| | Противодействие при проведении допроса медицинским работником | 0,02 | 0,90 | 2,10 | 111,13 |
| | Первичный или повторный допрос медицинского работника | 0,05 | 0,90 | 2,15 | 90,47 |
| | Материалы допроса медицинского работника включены в обвинительное заключение, утвержденное прокурором и направлено в суд | 0,89 | 0,01 | 1,54 | 80,35 |
| | Наличие «вопросо-ответной» стадии в ходе допроса | 0,11 | 0,90 | 2,25 | 77,83 |
| | Детализация | 0,98 | 0,80 | 3,50 | 72,30 |

| | | | | | |
|--|---|------|------|------|-------|
| | событий по медицинским документам | | | 1 | |
| | Использование при допросе не расшифрованных медицинских терминов, малопонятных для юристов | 0,84 | 0,88 | 3,45 | 71,96 |
| | В ходе допроса получены новые факты, расследуемого события, связанного с возбуждением уголовного дела | 0,98 | 0,10 | 1,90 | 59,14 |
| | Опыт следователя, при расследовании аналогичных дел | 0,52 | 0,50 | 2,04 | 42,31 |
| | Ссылки на медицинские документы в ходе допроса | 0,25 | 0,10 | 0,65 | 14,14 |

По информативности критерий Кульбака (J) позволил распределить признаки, отличающие свидетелей уголовного дела с обвинительным заключением от обвиняемых. Наиболее выраженный признак (J=111,13) был – противодействие при проведении допроса медицинским работником, обвиняемым в совершении преступления. Обвиняемый медицинский работник допрашивался повторно несколько раз (J=90,47). Материалы допроса медицинских работников – именно свидетелей, как правило, включались в обвинительное заключение (в том числе и обвиняемого, когда он имел статус свидетеля). Т.к. в ходе допроса получены новые факты, расследуемого события, связанного с возбуждением уголовного дела (J=59,14). «Вопросо-ответная» стадия в ходе допроса свидетелей была скорее «исключением» и «правилом» в отношении обвиняемого медицинского работника (J=77,83). В ходе допроса следователи проводили детализацию событий преступления по медицинским документам (J=14,14) как при беседе со свидетелями, так и обвиняемыми, что подчеркивает на необходимость знаний и опыта следователями, расследующими ятрогенные преступления (J=72,30). В ходе допросов всеми категориями допрашиваемых широко использовалась медицинская терминология, малопонятная для юристов (J=71,96). Опыт следователя, при расследовании аналогичных дел также имеет существенное значение (J=42,31). Расследование данного уголовного дела продолжалось почти два года[4], однако при превышении процессуального срока дела такого рода как правило завершается без предъявления обвинения [3]. Важной особенностью следует отметить проявленное допрашиваемыми медицинскими работниками (без участия адвоката) правовое невежество.

Таким образом, увеличение числа уголовных и гражданских дел в отношении медицинских работников требует пополнения знаний о допросе как следственном действии, его сущности, особенностях по делам о ненадлежащем оказании и неоказании медицинской помощи. В ходе проведения сравнительного исследования выявлены признаки, характеризующие допросы медицинских работников по уголовным делам с перспективой завершится обвинительным заключением.

Список литературы:

1. Белкин, Р.С. Тактика следственных действий / Р.С. Белкин, Е.М. Лифшиц. М., 1997. С.52.
2. Ерофеев, С.В. Допрос как средство получения доказательств по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи / С.В. Ерофеев, А.С. Семенов, А.А. Астраух,

А.С. Федорова // Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2017. Том 3. № 1 (5). С.229-242.

3. Гецманова, И.В. Проблемы уголовно-правовой оценки гибели плода в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и его правовой охраны (по материалам предварительных проверок и уголовных дел Красноярского края, Томской области и Удмуртской Республики) / И.В. Гецманова, А.Р. Поздеев // Главный врач: Хозяйство и право, 2014. № 3. С. 32-39.

4. Материалы уголовного дела № 65/32-2016, возбужденного следственным отделом по Индустриальному району г.Ижевска следственного управления СК России по Удмуртской Республике.

5. Порубов, Н.И. Допрос: процессуальные и криминалистические аспекты: монография / Н.И. Порубов, А.Л. Порубов. М.: Юрлитинформ, 2013. С.5.

ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ГРАНИЦЫ БИОЭТИКИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

Пономарев Алексей Михайлович

доктор философских наук, директор Удмуртского филиала Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук, г. Ижевск

Яркеев Алексей Владимирович

кандидат философских наук, старший научный сотрудник Удмуртского филиала Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук, г. Ижевск

DISCIPLINARY BOUNDARIES OF BIOETHICS IN THE FIELD OF MEDICINE

Ponomarev Aleksey Mihailovich

doctor of philosophy, Director of the Udmurt branch Of the Institute of philosophy and law, Ural branch of the Russian Academy of Sciences, Izhevsk

Yarkeev Aleksey Vladimirovich

candidate of philosophy, senior researcher of the Udmurt branch of the Institute of philosophy and law, Ural branch of the Russian Academy of Sciences, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Неопределенность дисциплинарных границ биоэтики обусловлена тем, что в настоящее время биоэтика представляет собой область пересечения различных академических дисциплин и сфер практической деятельности, связанных с вопросами человеческой жизни, биологии, медицины, биотехнологий. В этой связи возникает проблема компетентности субъектов, выносящих суждения, которые имеют определяющее значение для принятия этических решений в области биоэтики.

ABSTRACT

The uncertainty of the disciplinary boundaries of bioethics is due to the fact that at present bioethics is an area of intersection of various academic disciplines and areas of practice related to the issues of human life, biology, medicine, biotechnology. In this regard, there is a problem of competence of the subjects making judgments, which are crucial for making ethical decisions in the field of bioethics.

Ключевые слова: биоэтика, практическая этика, дисциплинарные границы, право, суд, профессиональная этика.

Keywords: bioethics, practical ethics, disciplinary boundaries, law, court, professional ethics.

Этические вопросы в медицине и науках о жизни являются предметом относительно новой академической области под названием «биоэтика». Хотя моральные вопросы об этике медицины и смежных областях ставятся столько, сколько задаются вопросы об этике, только в течение последних нескольких десятилетий появились новые области, специально посвященные таким вопросам. Рост этих областей стимулировал дальнейшее внимание к важным моральным вопросам в медицине и биологии, особенно в сфере биотехнологического конструирования человека [1]. Термин «биоэтика» может пониматься в широком и узком смысле [2]. Следуя более широкому толкованию, биоэтика включает в себя не только философское изучение этики медицины, но и такие области, как медицинское право, медицинская антропология, медицинская социология, политика в области здравоохранения, экономика здравоохранения и даже некоторые области самой медицины. В более узком толковании биоэтика хотя и может опираться на эти дисциплины, сама по себе является лишь областью отдельного философского исследования. В частности, биоэтика является одной из ветвей практической (или прикладной) этики, которая, в свою очередь, в качестве составляющей общей этики является одной из ветвей философии.

Хотя первый из этих взглядов на биоэтику является доминирующим, предпочтительнее все же второй. В обоснование этого можно привести ряд доводов. Во-первых, учитывая, что право и антропология, например, не являются частью этики, нет оснований полагать, что медицинское право и медицинская антропология должны быть частью биоэтики. Во-вторых, более широкий взгляд на биоэтику способствует некоторым досадным ошибкам. Например, признание медицинского права частью биоэтики способствует общему смешению права и этики – понятий, которые не являются ни синонимичными, ни коэкстенсивными. Рассматривая такие области, как медицинская антропология или медицинская социология, как часть биоэтики, мы допускаем ошибку, путая описание с предписаниями. Социально-научное исследование (этики) медицины направлено на описание того, что происходит. Например, антропологи говорят нам, что представляет собой этический взгляд определенной культуры на некоторую медицинскую практику. Это не значит, что антропологи, юристы, психологи или экономисты занимаются сложными способами рассуждения. Это значит, что они рассуждают и спорят о том, как обстоят дела – о том, что думает какая-то культура или, например, что говорит закон. Напротив, практическая этика включает в себя выдвижение и изучение аргументов о том, что морально должно быть сделано, а чего не должно, то есть о том, что является (на самом деле, а не просто считается) правильным и неправильным.

Сказать, что биоэтика должна быть истолкована в узком смысле, вовсе не значит отрицать важность естественных и общественных наук и права для биоэтики. Эти дисциплины совершенно необходимы для практической этики. Нельзя прийти к обоснованному выводу о том, что должно быть сделано в каком-то практическом случае, если нет всей соответствующей информации о том, как обстоят дела. Действительно, существуют даже обстоятельства, при которых моральное несогласие полностью устраняется после установления соответствующих фактов (но это не означает, что тогда не остается места для этических вопросов). Поэтому важнейшую роль играют другие дисциплины, помимо моральной философии. Однако возникает проблема, когда ученые, социологи и юристы переходят от того, чему их учили, к моральной философии. Есть параллельная проблема и для философов, работающих в области практической этики. Поскольку эта область требует знания науки, социальной науки, а иногда и права, практические философы должны ознакомиться с научными дискуссиями в этих дисциплинах (если только они не являются экспертами в соответствующих областях). Следует признать, что в некоторых случаях аналитические инструменты философа действительно могут помочь в оценке доказательств. В этих случаях философ не просто что-то сообщает. Тем не менее философам не рекомендуется маскироваться под ученых, социологов или юристов, то есть экспертов в соответствующих областях.

Проблема «дисциплинарного промаха» («disciplinary slip»), когда человек переходит от работы в своей собственной дисциплине, в которой он обучен, к работе в другой, в которой он не обучен, в некоторых случаях более остра, чем в других. Например, существует меньше препятствий для того, чтобы работники здравоохранения или ученые занялись моральной философией, чем для философов, занимающихся медициной или наукой. Это отчасти связано со специальными знаниями и подготовкой, необходимыми для того, чтобы стать медицинским работником или ученым. Но это также отчасти связано с широко распространенным, но ошибочным предположением, что философия на самом деле не требует никакой подготовки или особых способностей. Именно такое отношение лежит в основе общей уверенности в том, что можно говорить о моральных и других философских вопросах, не осознавая всей действительной сложности этих вопросов. Конечно, это не значит, что только философы имеют право делать моральные суждения, но речь идет о том, что опыт и навыки философов часто недооцениваются.

Вторая причина, почему существует меньше препятствий для медицинских специалистов и ученых, «проскальзывающих» в биоэтику, заключается в том, что биоэтика в гораздо большей степени вторгается в академический медицинский контекст, чем медицина и медицинская наука – в академическую философию. Таким образом, статьи по биоэтике теперь довольно часто публикуются в медицинских журналах, и так называемые «биоэтики» (то есть специалисты по вопросам биоэтики) приглашаются для выступлений перед группами практикующих врачей [2]. Гораздо реже врачи и ученые (представители медицинской науки) публикуются в философских журналах (за исключением тех, которые дублируют журналы по биоэтике) или проводят академические дискуссии с философами. В результате, опять же, аудитория для многих биоэтических текстов и дискуссий – это люди, которые, поскольку они не обучены философии, гораздо менее проникательны в том, что конституирует «настоящую» философию. Параллельная проблема может возникнуть, когда ученые публикуют научные исследования в журналах по биоэтике. Например, С. Дербишир выдвинул научную точку зрения, что ни зародыши (даже в конце беременности), ни новорожденные не могут чувствовать боли, которая была бы отвергнута как диковинная большинством экспертов [3], [4]. Однако многие люди, не относящиеся к ученым, не сразу это поймут и могут быть просто введены в заблуждение излишней формальностью его аргументации.

Эти проблемы дисциплинарного свойства усугубляются рядом факторов. Во-первых, поскольку дисциплина биоэтики в настоящее время понимается более широко, она заполнена людьми, которые перешли из своей области медицинской, научной или другой нефилософской экспертизы в моральную философию. Во-вторых, на Западе увеличилось количество курсов, дипломов и степеней по биоэтике. Поскольку эти курсы часто ориентированы на тех, кто не имеет философской подготовки и не имеет даже за спиной продолжительных курсов обучения по другим дисциплинам, все больше и больше людей с формальным, но плохим образованием оказываются в области биоэтики. Существует целое предприятие биоэтического образования, которое создает «экспертов» если не мгновенно, то довольно быстро. В некоторых случаях «краткий курс» или диплом считается достаточным, чтобы превратить новичка в так называемого «биоэтика» или, что еще хуже, преподавателя биоэтики. В-третьих, биоэтическая литература также имеет весьма неравномерное качество. С одной стороны, проделана очень большая работа, но существует также необычайно большое количество публикаций по биоэтике низкого качества [2].

Итак, если в большинстве дисциплин существуют дисциплинарные стандарты, то в биоэтике таких стандартов нет. Действительно, многое из того, что происходит в биоэтике, «недисциплинировано». Некоторые считают, что отсутствие дисциплинарных стандартов приемлемо в биоэтике, потому что это «поле», а не «дисциплина». Другие ищут некоторое утешение в утверждении, что биоэтика – это новая область, которой еще предстоит встать на ноги и установить собственные стандарты. Это, однако, кажется излишне оптимистичным. Неясно, как это поле может стать более определенным, чтобы предотвратить

«дисциплинарный промах». Мы также не можем ожидать, что будущие специалисты по биоэтике будут достаточно компетентны во всех соответствующих дисциплинах, что проблема «дисциплинарного промаха» испарится. Даже если дисциплинарная подготовка в области биоэтики расширится, она, скорее всего, приведет к появлению различного рода «софистов» во многих профессиях, а не экспертов в какой-либо из них.

Защитники более широкой концепции биоэтики могут сказать, что, поскольку ответы на вопросы биоэтики предполагают ответы как на философские, так и на нефилософские вопросы, область биоэтики должна включать и то, и другое. Чтобы подкрепить свою точку зрения, они могут заявить, что то, что объединяет эти два вида вопросов и выделяет область, является отличительным видом рассуждений биоэтики. Но это предположение неправдоподобно по крайней мере по двум причинам. Во-первых, маловероятно, что рассуждения биоэтики отличаются (чем-либо, кроме содержания) от других форм рассуждений практической этики. Во-вторых, хотя ответы на вопросы практической этики требуют, как философского, так и нефилософского рассуждения, не существует всеобъемлющей отдельной формы рассуждения, которая объединяла бы эти два вопроса. Поскольку научные, социально-научные и правовые вопросы, являющиеся неотъемлемой частью биоэтики, также могут задаваться и отвечать на них можно совершенно независимо от каких-либо этических интересов, они не являются этическими. Они являются научными, общественно-научными и юридическими вопросами, и на них должны отвечать те, кто лучше всего подготовлен для их решения, используя инструменты соответствующей дисциплины. То, как ответы на эти вопросы вплетаются в ответ на этический вопрос, является частью (практического) этического рассуждения и, таким образом, находится в области моральной философии или, по крайней мере, ее практической ветви.

Хотя проблемы академических стандартов в биоэтике нельзя было бы полностью избежать, если бы преобладало более узкое толкование биоэтики, несомненно, что более широкое толкование вносит значительный вклад в эту проблему. Существует реальная опасность того, что всплеск интереса к биоэтике, свидетелем которого мы стали, со временем уступит место маятниковым колебаниям в противоположном направлении, как только станет очевидной бедность биоэтики, как она практикуется в настоящее время.

Определение дисциплинарных границ биоэтики важно не только с академической точки зрения. Оно важно с практической точки зрения при вынесении юридических и этических суждений. Оба вида суждений относятся к предписывающим видам суждений, между которыми возможен конфликт. Другими словами, вопрос определения границы биоэтики – это вопрос разграничения компетенций профессиональных сообществ медиков и юристов в области предписывающих суждений.

Проблема усугубляется тем, что юридические суждения претендуют на императивность и общезначимость, за которыми признаются внешний по отношению к индивиду характер. Такой характер юридического нормативизма ведёт к его формальности, которая оборачивается внеморальностью юридических норм, что хорошо осознавалось уже первыми протестантскими правоведом. Г. Дж. Берман пишет: «Лютеранская философия права ... решительно разделяет закон и мораль. ... Человек может применять к конкретным обстоятельствам общие нормы, которые именно в силу своего общего характера по необходимости несправедливы» [5, с. 152].

Такая ситуация складывается по причине развития вторичной социальной рефлексии, а также дифференциации и автономизации профессиональных сфер деятельности, конституирующихся как стремящиеся к замкнутости социальные системы. В новой ситуации и мораль, и право регулируют социальное действие. Но регулируют различным образом. Право является регулятором внешним, больше ориентированным на ситуацию взаимодействия. Мораль – регулятором внутренним, ориентированным на другого. Самообоснование морали в современном обществе ведёт к её абстрактности. «Неоднозначному положению морали в сегодняшнем обществе соответствует ...

индивидуализация моральной референции, её привязанность к внутренней убеждённости (в отличие от внешней принуждённости) ... Эта индивидуальная этика отделяется от религии и права», – пишет Н. Луман [6, с. 69].

В складывающейся ситуации мораль профессионального сообщества – в том числе медицинского, – становится для юридического сообщества внешним, случайным аспектом их деятельности, подвергается юридической аберрации. С юридической точки зрения медицинская этика лишается содержательного смысла, собственной логики и с неизбежностью приобретает процедурный характер, характер телеологически ориентированной технологии, цель которой задаётся извне медицинского сообщества. Претензии на значимость медика могут оцениваться только наряду с претензиями других участников медицинских отношений – например, пациента, – и «калькулироваться» как равноположенные друг другу. В теоретическом плане это означает, что последовательное расширение трактовки биоэтики должно признать обнуление содержательного наполнения медицинской этики как этики профессионального сообщества.

Узкое истолкование дисциплинарных границ биоэтики открывает возможность не только содержательного утверждения медицинской этики, но и активной её реализации в юридической практике при защите интересов медиков. Анализируя проблему справедливости в юридической практике, П. Рикёр соглашается с положением о выхолащивании морального содержания юридической нормы. Но одновременно он демонстрирует место, где моральная проблематика начинает звучать вновь – это суд [7, с. 18-26]. Судебное решение как применение общего правила к конкретному случаю открывает возможность для беспристрастного справедливого суждения. И в этом применении «к конкретному случаю» судья учитывает этическое мнение профессионального сообщества.

Таким образом, в судебном процессе происходит признание профессиональной этики. Но задача приобретает новую формулировку: каждый ли может говорить от лица профессионального сообщества, каждый ли вправе произносить профессиональное моральное суждение. Юридическое сообщество в лице судьи решает проблему просто – такое право говорить признаётся за экспертом, определение которого для случая даётся процессуальными нормами. Иначе дело предстаёт для самого медицинского сообщества: по сути, ответ на эти вопросы есть ответ на вопрос, кто достоин профессионального уважения? Поиск уже на этот вопрос невозможен без обращения к этике как профессиональной философской дисциплине.

Список литературы:

1. Попова О. Человек как артефакт биотехнологий. – М.: Канон+, РООИ «Реабилитация», 2017. – 336 с.
2. Benatar D. Bioethics and health and human rights: a critical view. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563274/> (дата обращения 15.03.2019)
3. Derbyshire S. Locating the beginnings of pain. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11657057> (дата обращения 15.03.2019)
4. Derbyshire S. Fetal pain: an infantile debate. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11699551> (дата обращения 15.03.2019)
5. Берман Г. Дж. Трансформация западной философии права в лютеранской Германии. // Берман Г. Дж. Вера и закон: примирение права и религии. – М.: Московская школа политических исследований, 2008. 464 с. – С. 151 – 193.
6. Луман Н. Медиа коммуникации. – М.: Издательство «Логос», 2005. – 280 с.
7. Рикёр П. Справедливое. – М.: Издательство «Гнозис», Издательство «Логос», 2005. – 304 с.

ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ УСЛУГ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Пономарева Анна Александровна
Врач-терапевт клинико-экспертного отделения БУЗ УР РКДЦ Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики

A LAWSUIT AGAINST THE HOSPITALS OF THE OBLIGATION TO ISSUE CERTIFICATES OF INCAPACITY FOR WORK AND COMPENSATION OF MORAL HARM. CASE FROM PRACTICE

Ponomareva Anna Aleksandrovna
Physician clinical expert of Republican clinical diagnostic center

АННОТАЦИЯ

В практике врача все чаще возникают случаи, когда пациент после получения медицинской помощи обращается в суд с целью получения компенсации не только за причинение вреда здоровью, но и за моральный ущерб. Причем моральный вред не всегда связан непосредственно с процессом диагностики, лечения, какими-либо деонтологическими вопросами. В данной статье анализируется судебный процесс по иску о невыдаче листка нетрудоспособности.

Ключевые слова: медицинское право, медицинский работник, пациент.

ABSTRACT

In the practice of the doctor, there are more and more cases when the patient after receiving medical care goes to court to receive compensation not only for causing harm to health, but also for moral damage. Moreover, moral harm is not always directly related to the process of diagnosis, treatment, or any deontological issues. This article analyzes the trial of the claim for non-issuance of a certificate of disability.

Keywords: medical law, medical worker, patient.

Пациент Ж поступил в республиканский центр с клиникой острого коронарного синдрома. По экстренным показаниям была выполнена коронароангиография, учитывая отсутствие критических стенозов в коронарных артериях было принято решение о консервативной терапии. Пациенту проводилась диагностика и лечение в рамках стандарта оказания медицинской помощи, утвержденного Приказом Минздрава России от 01.07.2015 № 405н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)»

На 4 день пребывания в стационаре больной самовольно покинул больницу, не поставив в известность медицинский персонал. В этот же день был выписан, с отметкой «госпитализация прервана по инициативе пациента».

Через 10 дней пациент был госпитализирован в терапевтический стационар, где находился на лечении 13 дней. Диагноз при выписке: Ахалазия кардиального отдела пищевода I ст.

Через месяц пациент подошел к заведующему отделением республиканского центра, где ранее проходил лечение, с требованием выдать выписку из истории болезни и листок нетрудоспособности. Врач пояснил, что при выдаче листка нетрудоспособности за прошедший период, согласно Пр. Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 №624н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности», данная процедура осуществляется по решению врачебной комиссии ЛПУ и этот процесс займет определенное время. Пациент ждать отказался. Тогда ему было предложено подойти

за листком нетрудоспособности в любой удобный день. Документ был оформлен в этот же день и передан полевой сестре на хранение.

Через 6 месяцев пациент подал иск к ЛПУ о возложении обязанности выдать листок нетрудоспособности и взыскании морального вреда. Под причинением морального вреда пациент подразумевал волнение и, как следствие, обострение заболевания желудочно-кишечного тракта.

Суд, выслушав объяснения сторон, исследовав письменные доказательства, пришел к выводу об отказе в удовлетворении иска по следующим основаниям:

Федеральный закон от 29.12.06 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» регулирует правоотношения в системе обязательного социального страхования, определяет круг лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию, устанавливает права и обязанности субъектов социального страхования на случай временной нетрудоспособности, определяет условия, размер и порядок обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности.

Согласно п. 1 ч. 1 ст. 2 указанного Закона Российской Федерации, обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности подлежат граждане, временно или постоянно проживающие на территории Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, а также иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие в Российскую Федерацию, лица, работающие по трудовым договорам.

Ст. 5, ч. 2. ст. 7, ч. 3 ст.13 вышеуказанного Закона установлено, что обеспечение застрахованных лиц пособием по временной нетрудоспособности осуществляется в случаях утраты трудоспособности вследствие заболевания или травмы.

В соответствии с ч.5 ст. 13 Закона, для назначения и выплаты пособия по ВН нетрудоспособное лицо предоставляет ЛН, выданный медицинской организацией по форме и в порядке, установленным действующим законодательством.

Таким образом, ЛН является документом для подтверждения факта ВН, а также права застрахованного лица на получение пособия по ВН.

При этом, получение пособия по ВН- это право застрахованного лица, Таким образом пациент вправе требовать у ЛПУ выдачи ЛН, либо не получать его.

Порядок выдачи ЛН установлен приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности».

К случаям, при которых осуществляется выдача ЛН относится, в том числе: болезнь (травма) гражданина.

Согласно п. 4, 6, 14, 19, 58 указанного порядка, выдача ЛН осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность; ЛН выдается гражданину медицинской организацией по его желанию в день обращения либо в день закрытия ЛН, допускается выдача либо продление ЛН за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником; выдача и продление ЛН за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии при обращении гражданина в медицинскую организацию; при выписке из стационара ЛН выдается в день выписки за весь период стационарного лечения; при заполнении раздела «заполняется врачом медицинской организации» ЛН в строке «Отметки о нарушении режима» в зависимости от вида нарушения указывается определенный код. В данном случае - несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара.

Частью 3 ст. 27 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Как установлено судом, пациент Ж находился на стационарном лечении с диагнозом: ИБС, нестабильная стенокардия, на 4 день лечения самостоятельно покинул ЛПУ, обратился за выписными документами спустя месяц.

Заключением врачебной комиссии № 67 от 03.04.2018 (день обращения), разрешена выдача ЛН за прошедший период с отметкой о нарушении режима. Пациент от участия во врачебной комиссии отказался.

В предварительном судебном заседании 02.10.2018 представитель ответчика вручил истцу ЛН с отметкой о нарушении режима.

Таким образом, требование истца о понуждении ответчика к выдаче ему ЛН добровольно удовлетворено ответчиком при рассмотрении дела.

Истцом так же заявлены требования о компенсации морального вреда.

Ст. 12 ГК России в качестве одного из способов защиты гражданских прав предусматривает возможность потерпевшей стороны требовать компенсации морального вреда.

Гражданский кодекс Российской Федерации установил, что моральный вред подлежит денежной компенсации при условии, что он явился результатом действий, нарушающих личные неимущественные права либо посягающих на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом (ст. 151 ГК России).

В силу закона к нематериальным благам гражданина относятся жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, честь, доброе имя, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, неприкосновенность жилища и др. (ст. 150 ГК России).

Пленум Верховного суда Российской Федерации в пункте 2 постановления от 2.12.1994 года № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» разъяснил, что под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, честь, доброе имя, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, неприкосновенность жилища и др.) или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и др.) либо нарушающими имущественные права.

Юридически значимыми обстоятельствами, подлежащими установлению в рамках рассматриваемого спора, являются: факт причинения морального вреда и его размер, противоправность поведения причинителя вреда, причинно-следственная связь между действиями причинителя вреда и причиненным моральным вредом, в чем выразились нравственные и физические страдания истца, степень вины причинителя морального вреда.

Предъявляя требования о взыскании с ответчика компенсации морального вреда, истец пояснял, что моральный вред причинен ему тем, что в результате отказа ответчика в выдаче ЛН он испытал «нервное волнение» и его срочно госпитализировали в другое ЛПУ.

При этом истец не представил в суд доказательств, подтверждающих противоправность действий ответчика, факт возникновения заболевания вследствие действий ответчика. Кроме этого, отсутствует закон, который предусматривает возможность компенсации морального вреда в случае невыдачи ЛН.

Истцу разъяснено право ходатайствовать о проведении судебно-медицинской экспертизы для установления причинно-следственной связи между действиями ответчика и возникшим у истца заболеванием. Истец ходатайство не заявил.

Таким образом, истцом не доказано причинение ему морального вреда, не доказана противоправность действий ответчика, не доказан факт отказа ответчика в выдаче ЛН.

Учитывая обстоятельства, сопутствующие прерыванию лечения и последующего обращения истца за медицинскими документами (в т.ч. за ЛН) суд не нашел правовых оснований для взыскания с ответчика в пользу истца компенсации морального вреда.

Иск оставлен без удовлетворения.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019).
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 №624н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности».
3. Федеральный закон от 29.12.06 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Поторочин Андрей Георгиевич

*кандидат педагогических наук, заведующий кафедрой физической культуры и специальной подготовки «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)». Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

Мартьянов Евгений Викторович

*старший преподаватель кафедры физической культуры и специальной подготовки «Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

LEGAL SUPPORT OF FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE OF STUDENTS

Potorochin Andrey Georgievich

candidate of pedagogical Sciences, head of the Department of physical culture and special training of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

Mart'yanov Evgenii Viktorovich

senior lecturer of the Department of physical culture and special training of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Актуальность темы обусловлена тем, что вызывает тревогу состояние здоровья студенческой молодежи, о чем свидетельствуют исследования, проведенные в вузах страны за последние годы.

Результаты проведенного контент-анализа выявили, что одна из причин – пробелы в нормативно-правовом обеспечении здорового образа жизни.

Разработана Программа «Территория здорового образа жизни» и Положение об организации и создании условий в вузе.

Реализации этих мероприятий будет способствовать улучшению здоровья студентов, повышению качества их жизни, эффективности труда и обучения.

Ключевые слова: студенты, здоровый образ жизни, правовое обеспечение.

ABSTRACT

The relevance of the topic is due to the fact that the state of health of students is alarming, as evidenced by studies conducted in the universities of the country in recent years.

The results of the content analysis revealed that one of the reasons is the gaps in the legal support of a healthy lifestyle.

The Program "the territory of a healthy lifestyle" and the Regulations on the organization and creation of conditions at the University.

The implementation of these activities will contribute to improving the health of students, improving their quality of life, efficiency of work and training.

Keywords: students, healthy lifestyle, legal support.

Актуальность темы обусловлена тем, что на современном этапе развития российского общества, состояние здоровье молодежи, большую часть которой составляет студенчество, вызывает серьезную тревогу. Здоровье студенческой молодежи определяет здоровье нации в целом, а значит, влияет на потенциал страны во всех сферах деятельности. Однако, медики констатируют, что в последнее время общее состояние здоровья студентов вузов, как и всей молодежи, ухудшилось. Об этом свидетельствуют и исследования, проведенные в различных вузах страны.

Медицинское обследование первокурсников Ижевского института (филиала) ВГУЮ (РПА Минюста России) показало, что более половины обследованных (60 %) имеют функциональные отклонения, 30 % – хронические заболевания и лишь 10 % являются практически здоровыми. А проведенные исследования показали низкий уровень физической подготовленности, который не соответствует тем требованиям, которые предъявляет профессиональная деятельность к будущим специалистам [7].

Например, у многих студентов медицинских вузов были выражены симптомы эмоционального напряжения: повышенная утомляемость, головные боли, головокружения, нарушения сна. Выявленная в начале года личностная тревожность значительно возростала к концу первого года обучения [1,2].

По результатам обследования около 1700 студентов-первокурсников в Ставропольской государственной медицинской академии здоровыми можно считать только около 40 % юношей и девушек. У старшекурсников статистически значимо больше жалоб на заболевания ЖКТ (25,2 % у старшекурсников против 6,6 % на младших курсах), опорно-двигательного аппарата (20 % против 7,5 % на младших курсах), нервной системы (34 % против 10,2 %) [1, 5].

Результаты медицинских осмотров в Ижевской государственной сельскохозяйственной академии, проведенные за последние 35 лет, выявили тенденцию роста в отклонении состояния здоровья студентов. Если в 1984-1985 учебном году отклонения в состоянии здоровья имели 10,7 % обучаемых, то в 1994-1995 г.г. эта цифра выросла до 28,3 %, а начиная с 2002 года перевалила за 50%. В 2017 году таких студентов было уже 61,8 %. [8].

По мнению Бобылевой О.В. ухудшение состояния здоровья студентов происходит, прежде всего, потому, что мало кто из них ведет здоровый образ жизни (далее по тексту – ЗОЖ). ЗОЖ связан с выбором личностью позитивного в отношении здоровья стиля жизни, что предполагает высокий уровень гигиенической культуры отдельных социальных групп и общества в целом. К гигиенически рациональным формам поведения относится поведение, способствующее повышению защитных свойств организма, а также поведение, направленное на борьбу с вредными привычками, влияющими на здоровье [1].

Исходя из этого можно сделать вывод, что здоровый образ жизни – не должен ограничиваться только выполнением физических нагрузок и отказу от вредных пристрастий и привычек. С точки зрения Русановой С.Н., здоровый образ жизни надо рассматривать гораздо шире и включать «сбалансированное питание, забота о своем здоровье, профилактика стрессов, оптимальное сочетание режимов труда и отдыха, отказ от вредных привычек, контроль нездорового поведения (агрессии, насилия и др.)» [9].

Однако, для более полного понимания проблемы необходимо провести анализ законодательства в области правового обеспечения формирования здорового образа жизни для определения пробелов и принятия необходимых мер по совершенствованию нормативной базы в этой сфере с целью разработки и внедрению правовых актов в вузах.

Проблемами правового обеспечения формирования здорового образа жизни занимались многие отечественные ученые.

Отстанова Е.А. в своей работе отмечает, что «в российском законодательстве не раскрывается понятие "здоровый образ жизни". Это создает трудности в его понимании и правовом обеспечении. Нормативные акты, затрагивающие данный вопрос, ориентированы лишь на развитие физической культуры и спорта в стране» [4].

Также считают и другие авторы. По мнению Литвиновой А.А., «современное законодательство не содержит правового понятия здорового образа жизни. Это социальная категория. Под здоровым образом жизни понимается занятие физкультурой и спортом, отказ от вредных привычек, правильное питание, соблюдение режима дня, который определяется индивидуально. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний рассматривается как основа обеспечения здоровья населения» [3].

Петрушова А.Е., анализируя нормативно-правовое обеспечение здорового образа жизни, выделяет то, что главная цель национальной стратегии государства, заключается в том, чтобы определить основные направления и задачи государственной политики в интересах людей и ключевые механизмы ее реализации, базирующиеся на общепризнанных принципах и нормах международного права [6].

Проведенный контент-анализ нормативно-правовых актов свидетельствует о том, что в Российской Федерации за последнее десятилетие создана определенная база в виде федеральных законов об охране здоровья населения, которые в частности, направлены на профилактику и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни студенческой молодежи.

Базовым законом, регулирующим правовое обеспечение здорового образа жизни, является федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [10].

В данном законе (ст.2) даются понятия охраны здоровья, медицинской услуги, медицинское вмешательство и профилактика. Проводится анализ принципов охраны здоровья (ст. 4), один из которых говорит о приоритете профилактики в сфере охраны здоровья.

Согласно ст. 12 профилактика осуществляется путем разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними; проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации; осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации. [10].

В соответствии с федеральными законами Российской Федерации, касающихся вопросов охраны здоровья населения, занятий физической культурой и спортом, борьбы с курением [10,11,12] и на основе исследований отечественных ученых в Ижевском институте (филиале) ВГУЮ (РПА Минюста России) разработаны и реализуются правовые акты, направленные на формирование ЗОЖ студентов:

- Концепция воспитательной работы вуза на 2019 – 2025 г.г. (далее по тексту – Концепция);

- Положение об организации и создании условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятий ими физической культурой и спортом (далее по тексту – Положение);

- Программа «Ижевский институт (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России) - территория здорового образа жизни» (далее по тексту – Программа).

Основными задачами Концепции является:

- цель и задачи воспитательной работы вуза на современном этапе;
- теоретико-методологические основы организации воспитательной работы в вузе;
- разработка критериев эффективности воспитательной работы в вузе;
- основные направления воспитательной работы вуза.

Основная цель Положения – обеспечение оптимизации образовательного процесса, создающего благоприятные условия для сохранения здоровья студентов вуза.

Целью Программы «Ижевский институт (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России) – территория здорового образа жизни» является создание и реализация в образовательном пространстве вуза научно-обоснованной системы формирования здорового образа жизни, обеспечивающей становление социально активной, нравственно устойчивой, психически и физически здоровой личности.

Задачи Программы:

- внедрение в учебно-воспитательный процесс механизмов формирования ценностного отношения к здоровью, культуры ЗОЖ, мотивации к активному сохранению и укреплению личного и общественного здоровья;

- разработка и реализация комплекса мероприятий по духовно-нравственному воспитанию студентов как основы формирования полноценной личности;

- создание и совершенствование здоровьесберегающих, здоровьесформирующих условий обучения, труда, отдыха, быта, оздоровления и лечения студентов, преподавателей и сотрудников;

- развитие физкультурно-оздоровительной базы и условий формирования здорового образа жизни средствами физической культуры и спорта;

- развитие научно-методической, производственной, образовательной, просветительской деятельности вуза в сфере формирования и сохранения здоровья;

- привлечение студентов к работе среди сверстников по осуществлению здорового образа жизни, противодействию злоупотреблению психотропных и наркотических средств, алкоголя, табака и курительных смесей.

- реализация единой для всех участников образовательного процесса системы требований по осуществлению здорового образа жизни, разработка системы поощрения.

Таким образом, мы ожидаем от реализации правовых актов того, что будет осознанное отношение студентов к здоровью как к главной ценности жизни, мотивация к его формированию, сохранению и совершенствованию и как следствие – устойчивая ориентация на здоровый образ жизни. Это в свою очередь будет способствовать улучшению здоровья студентов вуза, повышению качества их жизни, эффективности труда и обучения.

Список литературы:

1. Бобылева О.В. Состояние здоровья студенческой молодежи как социально-экологическая проблема / Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – Т. 18, вып. 3, 2013. С. 852-854.

2. Жданова Л.А., Софианиди А.И. Оценка состояния здоровья и образа жизни студентов первого курса медицинского вуза // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: Всерос. молодежн. конф. с элементами науч. Школы (16-18 нояб. 2011 г.) – М., 2011. – С. 67-69.

3. Литвинова А.А. Формирование понятия здорового образа жизни граждан в Российской Федерации // Межвуз. научно-практ. интернет-конф. (15 ноября 2014 г.) / Под общ. Ред. В.В. Пономарева. – Новороссийск: МГЭИ АНО ВПО НФ, 2015. – С. 98.
4. Отстанова Е.А. Конституционно-правовое обеспечение здорового образа жизни в России // Вестник Саратовской государственной юридической академии. – 4 (93). – 2013. – С. 234 – 237.
5. Оценка состояния здоровья студентов первых и выпускных курсов медицинской академии / Галькова И.Ю., Мищенко Е.А., Семенова Ф.С., Андреева В.А., Евсевьева М.Е. // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: Всерос. молодежн. конф. с элементами науч. школы (16-18 нояб. 2011 г.). – М., 2011. – С. 83-84.
6. Петрушова А.И. Нормативно-правовое обеспечение и направления формирования культуры здорового образа жизни, обучающихся // Право. Экономика. Общество: мат-лы Всерос. НПК (Иркутск, 1 апреля 2017 г.) / под общ. Ред. Е.А. Барашевой. – Иркутск: Изд-во ООО «СИДПО». – 2017. – С. 92-97.
7. Поторочин А.Г. Зашихин В.С. Методика формирования готовности к профессиональной деятельности студентов юридических вузов // Проблемы современного педагогического образования: сб. науч. тр. – Ялта: РИО ГПА, 2019. Вып. 62. – Ч. 4. – С.175-179.
8. Рациональное распределение студентов на учебные отделения и группы – важное условие в реализации программных положений по дисциплине «Физическая культура» в вузе / Соловьев Н.А., Мануров И.М., Мартыанова Л.Н., Рубцова Л.В. // Инновационные методики и технологии физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в высших учебных заведениях Минсельхоза России: межвуз. сб. науч.тр. – Ижевск: ИжГСХА, 2018. – С. 55-59.
9. Русанова С.Н. Понятие здорового образа жизни в законодательных и нормативных актах // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2005. № 4. С. 255.
10. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019 г.) [Электронный ресурс] // Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс» (дата обращения 21.02.2019).
11. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» // Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс» (дата обращения 21.02.2019).
12. Федеральный закон от 4 апреля 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» // Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс» (дата обращения 21.02.2019).

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Пустовалов Андрей Рудольфович
кандидат юридических наук, доцент кафедры
теории и истории государства и права ФГБОУ ВО
«Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

THEORETICAL-LEGAL ANALYSIS OF THE PRINCIPLES OF ORGANIZATION OF MEDICAL SUPPORT FOR THE PROVISION OF MEDICAL ASSISTANCE AND HEALTH SERVICES IN THE RUSSIAN FEDERATION

АННОТАЦИЯ

На современном этапе развития важнейшей задачей правового регулирования медицинской помощи и лечения в Российской Федерации является создание сбалансированной системы здравоохранения и оказания медицинской помощи, отвечающей потребностям населения в медицинской помощи и современному уровню медицины. Статья посвящена теоретико-правовой анализ принципов организации медицинского обеспечения по оказанию медицинской помощи и медицинских услуг.

Ключевые слова: медицинское право, медицинский работник, пациент.

ABSTRACT

At the present stage of development, the most important task of legal regulation of medical care and treatment in the Russian Federation is the creation of a balanced health care and medical care system that meets the needs of the population in medical care and modern medicine. The article is devoted to the theoretical and legal analysis of the principles of organization of medical care for the provision of medical care and medical services.

Keywords: medical law, medical worker, patient.

Под основными принципами охраны здоровья следует понимать основополагающие начала, положения, идеи, определяющие сущность, содержание и основные направления в сфере охраны здоровья и характеризующие её как специфический социальный регулятор.

В соответствии с теорией права на принципах базируется вся правовая система, поэтому они должны отражать и выражать основные ценности, на которые ориентируется охрана здоровья граждан. Правовые начала фиксируются преимущественно в конституциях и наиболее важных нормативных правовых актах государства и являются основой всего российского законодательства. Россия является участником многих международных конвенций, касающихся данных вопросов, в связи с чем закономерно обновление российского законодательства в целях вхождения нашей страны в международное правовое пространство и приведения внутреннего законодательства в соответствие с нормами международного права [1].

Принципы играют важнейшую роль в процессе правового регулирования охраны здоровья граждан, поскольку определяют основные направления юридического воздействия на соответствующие правоотношения.

Необходимо отметить, что принципы объективны по характеру и зависят исключительно от воли законодателя. Они обусловлены объективными законами общественной жизни.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий основывается на Конституции Российской Федерации и означает, что деятельность, направленная на охрану здоровья граждан должна основываться на признании, соблюдении и защите прав и законных интересов граждан Российской Федерации и осуществляется в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. При этом Российская Федерация обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, возраста, наличия заболеваний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем соблюдения этических и моральных норм в процессе профессиональной деятельности медицинских работников по отношению к пациенту, то есть в связи с многообразием индивидуальных личностных особенностей пациентов медицинский работник должен уметь выбрать и эффективно использовать наиболее подходящую для каждого конкретного случая способ взаимодействия с пациентом, а также уважительного отношения со стороны медицинского персонала и иных работников медицинской организации, оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния, обеспечения ухода при оказании медицинской помощи, организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени, создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинском учреждении. Необходимость особой правовой охраны прав и законных интересов пациента закреплена в ряде норм международного права, принятых международными медицинскими организациями. К ним относятся такие документы, как Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994 г.), Копенгагенская декларация (принята 3-им Ежегодным Совещанием Европейского Форума фармацевтических ассоциаций и ВОЗ, Копенгаген, Дания, 1994 г.), документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975 г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г.), Декларация об эвтаназии (принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.), Декларация о трансплантации человеческих органов (Принята 39-й Всемирной медицинской ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.), Хельсинкская и др.

Принцип приоритета охраны здоровья детей является новшеством в законодательстве Российской Федерации об охране здоровья и показывает развитие конституционных норм, касающихся защиты детей.

Приведение российского законодательства в соответствие с нормами международного права повлекло существенные изменения в регулировании прав ребенка. Российской Федерации присуща традиционная озабоченность проблемой рождения и воспитания новых поколений ее граждан, здоровых нравственно и физически. Современный период характеризуется тем, что ребенок признан самостоятельным субъектом права и принадлежащих ему прав.

Основным документом в Российской Федерации, регулирующим права и законные интересы ребенка, является Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». В соответствии с данным нормативным правовым актом государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности.

В области охраны здоровья для несовершеннолетних предусмотрен ряд особых прав: диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения России, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, медико-социальная помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством Российской Федерации, за счет средств бюджетов всех уровней;

санитарно-гигиеническое образование, право на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

бесплатная медицинская консультация за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной форме.

Принцип социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья означает, что при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплаты пособия по временной нетрудоспособности. Российская Федерация гарантирует гражданам право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Принцип ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья раскрывает содержание ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления [2], должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья. Необходимо отметить, что данный принцип носит бланкетный характер, что является довольно распространенным приемом законодателя. Ответственность государства может возникнуть в результате неправомерного бездействия или упущения, т. е. непринятия государством мер, которые оно должно было бы принять для выполнения своих обязательств (например, нарушение обязанности обеспечить права граждан в сфере охраны здоровья). Кроме того, государство несёт ответственность за неправомерные действия или упущения всех своих органов, а также физических лиц (собственных граждан), совершённые на его территории. Однако ответственность государства за действия физических лиц наступает только в том случае, если органы государства не выполнили своих обязанностей по предотвращению и наказанию неправомерных действий.

Положения об ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления предусмотрены статьей 16 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», статьей 27 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов», статьей 50 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», главой VII Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и т.п.

Принцип доступности и качества медицинской помощи отражен не только в Конституции Российской Федерации, но и в Федеральном законе «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации», а также в статье 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Как справедливо отмечают некоторые исследователи, из контекста норм статьи 19 Конституции Российской Федерации следует, что гарантируемые блага должны быть доступными для всех граждан в равной степени независимо от места жительства, социального статуса, имущественного положения.

По общему правилу, доступность рассматривается в двух аспектах – географическом и экономическом.

Географический аспект доступности часто также называют «транспортной доступностью», суть его заключается в том, что каждый человек может и должен получить помощь в пределах населенного пункта, в котором он проживает или находится временно, или же в ином населенном пункте при условии разумного времени передвижения к нему с учетом доступных транспортных средств. Однако понятие разумного времени также довольно размыто [3], так как его нельзя оценивать с точки зрения исключительно времени, которое затратит лицо для того, чтобы достичь медицинского учреждения. Здесь требуется учет состояния здоровья человека, так как при инфаркте миокарда или инсульте срок, в течение которого больному должна быть оказана медицинская помощь, один, а при ОРВИ – другой.

Исходя из этого, государство обязано выстроить систему здравоохранения таким образом, чтобы каждый человек мог получить необходимую помощь в любом регионе страны в рамках времени, необходимого для оказания успешной (эффективной) медицинской помощи.

Экономический аспект доступности носит характер, прежде всего, социальный, и его будет более правильным назвать именно экономико-социальным аспектом, так как под ним подразумевается финансовая возможность получения человеком медицинской помощи в виде оплаты медицинских услуг и лекарственных средств. Система ОМС выступает именно гарантом такой доступности, так как в рамках ОМС гарантируется определенный объем бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС. Также в социально-экономический аспект доступности входит и социальная адресная помощь в виде льготного отпуска лекарства, оказания материальной помощи на приобретение лекарственных средств и т.д. В более широком смысле под экономическим аспектом также понимают финансовую возможность государства создавать и поддерживать систему здравоохранения.

Вторым условием выступает качество медицинской помощи. Под качеством понимается, прежде всего, оказание лицу такой помощи, которая максимально отвечает современным стандартам в области медицины, т.е. с учетом современных методик лечения и профилактики заболеваний с использованием безопасных для жизни и здоровья человека медикаментозных средств и медицинской аппаратуры.

Принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи является, в первую очередь, принципом конституционным гарантирующим право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, в том числе на бесплатной основе (часть 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации).

Гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства оказывается экстренная и безотлагательная медицинская помощь.

Экстренная медицинская помощь – это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (часть 4 статьи 32 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Такая помощь оказывается вне зависимости от наличия у пациента страхового полиса, поскольку она финансируется за счет государственного бюджета. Поэтому отказ от оказания этой помощи является явным нарушением вышеуказанного закона.

Безотлагательная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного

медицинского вмешательства, а также осуществляется на базе системы организации скорой медицинской помощи.

Принцип приоритета профилактики в сфере охраны здоровья.

Как представляется, именно профилактика заболеваний и активная роль в них конкретного индивида являются одним из основных направлений концептуальной идеи развития здравоохранения в ближайшей перспективе. В соответствии со статьей 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих 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.

В целях реализации приоритета профилактики реализуются следующие профилактические направления.

1. Разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ.

2. Осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

3. Осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними.

4. Проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Осуществление мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Принцип соблюдения врачебной тайны означает, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Врачебную тайну образуют сведения, которые медицинский работник получает о пациенте в результате взаимодействия с ним в рамках осуществления своих профессиональных обязанностей. В случае нарушения данного принципа медицинский работник несет юридическую ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Список литературы:

1. Пустовалов А.Р., Бург А.А. К вопросу обеспечения качества и безопасности совместного проживания матери и ребенка в условиях изоляции от общества// в сборнике: III Международный пенитенциарный форум "Преступление, наказание, исправление" (к 20-летию вступления в силу Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации): Сборник тезисов выступлений и докладов участников Международной научно-практической конференции. Академия ФСИН России. 2017. С. 417-419.

2. Веретенников А.Л., Дедюхин К.Г. Правовой нигилизм в органах государственной власти, как форма правового нигилизма В сборнике: Государственное и муниципальное управление//сборник статей магистрантов. Удмуртский государственный университет, Институт экономики и управления. Ижевск, 2018. С. 52-56.

3. Шамсутдинова Р.З. Проблемы соблюдения прав и свобод обвиняемого (подозреваемого) в процессе применения меры уголовно-процессуального пресечения в виде домашнего ареста. // в сборнике: защита прав и свобод человека и гражданина. Сборник

научных статей, докладов межвузовской, межведомственной, межрегиональной научно-практической конференции. 2011. с. 156-158.

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ ЗАЩИТЫ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Репина Сабина Дашгын кызы
магистрант ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

Ильина Ольга Игоревна
магистрант ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

LEGAL REGULATION OF RELATIONS CONNECTED WITH PROTECTION OF INFORMATION CONSTITUTING MEDICAL SECRECY

Repina Sabina Dashgyn kyzy
master student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice
of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

Irina Olga Igorevna
master student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice
of Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье освещена история становления института врачебной тайны, юридическая ответственность за разглашение врачебной тайны.

Ключевые слова: врачебная тайна, конфиденциальная информация, врач, пациент, юридическая ответственность.

ABSTRACT

The article highlights the history of the establishment of the Institute of Medical Secrets, the legal responsibility for the disclosure of medical secrets.

Keywords: medical secrecy, confidential information, doctor, patient, legal responsibility.

Современному обществу уже давно можно присвоить характеристику «информационное». Главной составляющей такого общества является информация. Её хранят, перерабатывают, реализуют. Во все периоды становления общества существовали сведения, которые люди стремились сохранить в секрете. Для обозначения таких данных мы используем термин «тайна». Для каждого человека тайну составляют разные сведения. Для одного – его имущественное положение, для другого – род его деятельности, для третьего – состояние здоровья.

Существует ряд законодательных норм, которые запрещают распространение различного рода информации. Такая информация является конфиденциальной, её огласка влечет за собой негативные последствия.

Иногда для удовлетворения потребностей, человеку необходимо обратиться за помощью к специалисту, обладающему профессиональными знаниями, способному оказать

на законных основаниях квалифицированную помощь. Одним из таких специалистов является врач.

В связи с этим особого внимания заслуживает рассмотрение механизма защиты врачебной тайны, как одной из разновидностей профессиональной тайны [1, С.37].

Появление врачебной тайны связано с деятельностью жрецов. С древних времен, когда они занимались лечением, информация о состоянии здоровья человека являлась тайной. Передавая свои способности и познания следующим поколениям, они требовали соблюдать клятву о молчании в части того, какая болезнь одолела человека. Почему соблюдение врачебной тайны считалось и считается важным? Это является показателем доверия между врачом и пациентом.

Принцип врачебной тайны нашел отражение в клятве Гиппократов – величайшего врача древности, в словах: «Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

В каждом государстве были свои ограничения и дозволения. Например, в царской России в действии у врачей было такое обещание: «Обещаю свято хранить вверенные мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия». Более четкое определение в нашей стране появилось в 1969 г.

Тогда Верховный Совет СССР внедрил в «Основы Законодательства СССР и союзных республик о здоровье» статью с таким содержанием: «Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейных сторонах жизни больного».

Сейчас врачебная тайна – это медицинское, правовое и социально-этическое определение, запрещающее медицинскому работнику разглашать третьим лицам сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Запрет распространяется также на всех лиц, которым эта информация стала известна в случаях, предусмотренных законодательством.

С одной стороны, данное определение включает компоненты должностной или профессиональной тайны, так как иметь допуск к подобному роду данным могут только лица в силу исполнения своих профессиональных медицинских обязанностей. С другой стороны, информация, составляющая врачебную тайну, является и персональными данными, так как относится к фактам, событиям и обстоятельствам частной жизни, может составлять личную или семейную тайну, а также позволяет идентифицировать личность гражданина [5. С.82-85].

Понятие «врачебная тайна» обладает историческими корнями, применяется в российском законодательстве и законодательстве иностранных государств, основательно укоренился в медицинской и правовой теории. Оно является комплексным, собирательным, это полиэдральное этическое и юридическое понятие, затрагивающее взаимоотношения доктора с больным и обществом в целом.

Интересно, что действующее законодательство содержит принцип сохранения врачебной тайны. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2] есть статья под названием «Клятва врача», закрепляющая в себе в качестве одного из требований – обязанность врача «хранить врачебную тайну».

В Конституции Российской Федерации так же закреплены основы для защиты врачебной тайны: «Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени». Ст. 24 Конституции Российской Федерации гласит: «Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются» [3, С.11].

Разглашение врачебной тайны влечет за собой разные виды юридической ответственности.

Дисциплинарная ответственность – замечание, выговор по месту работы или увольнение. Правонарушитель подвергается этому типу ответственности в случае нарушений прав пациента, носящих нравственный и финансовый характер.

Административная ответственность применяется за совершение административного проступка, выразившегося в нарушении законодательства в области охраны здоровья граждан, в частности разглашение врачебной тайны. Гражданин вправе обратиться к прокурору с заявлением о возбуждении дела об административном правонарушении в связи с разглашением информации с ограниченным доступом (ст. 13.14, ч. 1 ст. 28.4 КоАП России) [4].

Гражданско-правовая ответственность – с возмещением морального вреда. Устанавливается в отношении правонарушителя в случаях причинения вреда здоровью и жизни пациента с нанесением нравственных и физических страданий. Данный вид ответственности устанавливается на основании решения суда, куда был подан гражданский иск. В зависимости от обстоятельств дела и выбранной позиции требования могут быть основаны в том числе на ст. ст. 15, 150, 151, 1064, 1068, 1099, 1101 ГК России и законодательстве о защите прав потребителей и персональных данных [6].

Уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны. Гражданин вправе обратиться в Следственный комитет Российской Федерации с заявлением о возбуждении уголовного дела по признакам преступления в связи с нарушением неприкосновенности частной жизни (ст. 137 УК России; пп. «а» п. 2 ст. 151 УПК РФ). Данный вид ответственности регулируется ст. 137 ч. 2 Уголовного кодекса Российской Федерации и влечет за собой:

- штраф в размере от 100 тыс. до 300 тыс. рублей либо конфискация дохода в период от 1 до 2-х лет;
- принудительные работы сроком до 4-х лет с запретом заниматься соответствующим видом деятельности;
- арест сроком до 6 месяцев;
- лишение свободы сроком до 4-х лет с вынесением запрета заниматься профессиональной деятельностью;
- запрет занимать конкретные должности и заниматься соответствующей профессиональной деятельностью сроком от 2-х до 5 лет.

Таким образом, развивающееся законодательство Российской Федерации становится ориентированным на приоритет личных прав и свобод человека и гражданина, а сохранение врачебной тайны является правовой обязанностью врача.

Список литературы:

1. Пилипенко Ю. С. Особенности профессиональных тайн / Ю.С. Пилипенко // Законодательство и экономика. 2008. № 3. С. 37.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. С. 6724.
3. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). С.11.
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 27.12.2018, с изм. от 18.01.2019) (с изм. и доп., вступ. в силу с 16.01.2019).
5. Калугина Н.Г., Хайертдинов Ф.Х. Защита прав человека в уголовном процессе с применением полиграфа. Восточно-европейский научный вестник. 2015. №1. с. 82-85.

6. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019).

7. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019).

ОСОБЕННОСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Симакова Надежда Ивановна

*Заместитель главного врача по экономическим вопросам
Бюджетного учреждения здравоохранения «Увинская районная
больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»
г. Ижевск*

FEATURES OF THE EMPLOYMENT CONTRACT AND MEDICAL STAFF

Simakova Nadezhda Ivanovna

*Deputy chief physician for economic Affairs Budget
health care institution " Uvinskaya district hospital of the
Ministry of health of the Udmurt Republic», Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Статья предназначена во избежание существенных рисков, как для работодателя, так и для медицинского работника при заключении трудового договора. Трудовой договор, с одной стороны, дает возможность каждому выполнять работу в наибольшей степени соответствующую его интересам, а с другой – учитывает потребности работодателя. Медицинский работник является специальным субъектом трудового права и обладает особым правовым статусом, поэтому осуществляемая им трудовая (профессиональная) деятельность нуждается в развитии и регулировании в рамках трудового права.

Ключевые слова: трудовой договор, трудовые отношения.

ABSTRACT

The article is intended to avoid significant risks for both the employer and the medical worker at the conclusion of an employment contract. The employment contract, on the one hand, enables everyone to perform work in the best interests, and on the other – takes into account the needs of the employer. A medical worker is a special subject of labor law and has a special legal status, therefore his labor (professional) activity needs to be developed and regulated within the framework of labor law.

Keywords: labor contract, labor relations.

Основными источниками регулирования трудовых отношений в Российской Федерации являются: Конституция Российской Федерации, Трудовой кодекс Российской Федерации, федеральные законы, указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, законы субъектов Российской Федерации и т.д.

Хочется отметить, что медицинским работником признается физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность. На это указывает пункт 13

статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Но наличие одного лишь высшего или среднего медицинского образования, недостаточно для трудоустройства. Врачу необходимо пройти - одногодичную или двухгодичную (иногда трехгодичную) ординатуру. После этого врач получает более узкую специальность (например, врач-офтальмолог, врач-хирург детский), о чем свидетельствует удостоверение о прохождении интернатуры или ординатуры, которое является еще одним специальным документом, требуемым при приеме на работу. Средние медицинские работники для занятия определенных должностей: медицинская сестра по массажу или медицинская сестра по физиотерапии тоже обязаны предъявлять свидетельство или диплом о дополнительном профессиональном образовании.

Все эти требования должны быть учтены до заключения трудового договора или соглашения.

Основным документом, регламентирующим работу медицинского работника является заключаемый с работодателем трудовой договор или эффективный контракт, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 №2190-р).

Трудовой договор заключается в письменной форме, составляется в двух экземплярах, каждый из которых подписывается сторонами. Один экземпляр трудового договора передается работнику, другой хранится у работодателя. Необходимость письменной формы договора обусловлена тем, что регулируемые им отношения рассчитаны на длительный срок, содержат существенные условия как для работника, так и для работодателя, изменение этих условий должно быть согласованным и обоюдным.

Трудовой договор несет в себе существенные риски для работодателя при нарушении требований к его составлению и содержанию. Поэтому крайне важно составить договор правильно. За неправильное составление трудового договора законом предусмотрена отдельная ответственность. Об этом говорится в ч.3ст.5.27 Коап России и накладывается штраф для юридических лиц в размере от 50тыс. до 100тыс.рублей.

Трудовой договор должен содержать обязательные сведения и обязательные условия, а также может содержать дополнительные условия. В статье 57 Трудового кодекса РФ приводится перечень существенных условий трудового договора.

В договоре необходимо обязательно указывать: фамилию, имя, отчество работника и наименование работодателя (фамилия, имя, отчество работодателя - физического лица), заключивших трудовой договор. Сведения о документах, удостоверяющих личность работника. Дата начала работы, наименование должности, специальности, профессии, которая должна соответствовать приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010г № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих». Из-за строгости лицензионных требований к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, наименование должностей не может быть произвольным, оно утверждено Приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н "Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников". Права и обязанности работника; права и обязанности работодателя; характеристики условий труда, компенсации и льготы работникам за работу в тяжелых, вредных и (или) опасных условиях. Режим труда и отдыха (если он в отношении данного работника отличается от общих правил, установленных в организации); условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или должностного оклада работника, доплаты, надбавки и поощрительные выплаты).

Необходимо соблюдать осторожность при включении дополнительной информации о работнике, т.к. согласно законодательству о персональных данных не вся информация

подлежит обработке. То есть, прежде чем включить в трудовой договор информацию о месте жительства, номера телефона, даты рождения и т.п., работодатель должен предварительно получить от работника согласие на обработку персональных данных.

При заключении трудового договора необходимо конкретизировать наименование структурного подразделения медицинской организации, так как подобная конкретизация в договоре зачастую связана с выполнением трудовой функции и изменениями в условиях труда (например, в продолжительности рабочего дня, длительности отпуска). Для медицинских работников изменение структурного подразделения по профилю, независимо от того, было оно указано в трудовом договоре или нет, требует письменного согласия работника, поскольку в одном случае это является переводом на другую постоянную работу, если оно было указано в трудовом договоре, а в другом - изменением определенных сторонами условий трудового договора, если оно указано не было.

Если пренебречь детальной расшифровкой всех должностных функций медицинского персонала, то в дальнейшем возможна ситуация, когда не получится привлечь к дисциплинарной ответственности сотрудника за нарушение тех обязанностей, которых он на себя официально не принимал.

Одним из средств проверки деловых и профессиональных качеств медицинского работника является испытание, которое может быть установлено только при заключении трудового договора и которое указывается в трудовом договоре и приказе о приеме на работу (ст. 70 ТК России). Срок испытания не может превышать трех месяцев, а для руководителей организаций и их заместителей, руководителей филиалов, представительств или иных обособленных структурных подразделений организаций — шести месяцев. При неудовлетворительном результате испытания увольнение производится на основании ст. 71 ТК России, т. е. до истечения срока испытания и с обязательным предупреждением работника об этом в письменной форме за три дня до увольнения с указанием причин, послуживших основанием для признания работника не выдержавшим испытание. Если срок испытания истек, а работник продолжает работу, то он считается выдержавшим испытание и расторжение с ним трудового договора производится на общих основаниях.

Постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» для медицинских работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности от 36 до 24 часов.

Немаловажно также рассмотреть вопрос работы за пределами нормальной продолжительности рабочего времени. В процессе трудовой деятельности медицинских работников повсеместно используется применение дежурств, однако, их правовая регламентация не установлена. Целесообразно ввести понятие «дежурство» в законодательство. Одним из способов может быть введение в ст. 99 ТК России «дежурства» как вида сверхурочной работы. С одной стороны, данная мера сильно ограничит работодателя, т.к. отнюдь не все медицинские учреждения могут позволить организовать сверхурочные работы. С другой стороны, отсутствие данного понятия в законодательстве рождает обильную почву для злоупотреблений, т.к. назначение врачам дежурств – это, по сути, принуждение их к неоплачиваемому труду. Нужно помнить, что выполнение сверхурочной работы ограничено четырьмя часами в течение двух дней подряд и 120 часами в год. Вторым способом может быть регламентирование количества этих дежурств, сверх которого работа будет считаться сверхурочной и должна будет оплачиваться согласно нормам действующего законодательства. Привлечь работника к сверхурочным работам работодатель вправе только в законодательно установленных случаях, четкий список которых указан в ч. 2 ст. 99 ТК России, при этом требуется письменное согласие работника. Если же работник привлекается к таким работам в связи с иными обстоятельствами, работодателю необходимо получить помимо письменного согласия работника еще и одобрение выборного профсоюзного органа данной организации (ч. 3 ст. 99 ТК России).

Оплата сверхурочной работы производится за первые два часа работы не менее чем в полуторном размере, за последующие часы — не менее чем в двойном размере. Конкретные размеры оплаты за сверхурочную работу могут определяться коллективным или трудовым договором.

Условия получения вознаграждения должны быть понятны работодателю и работнику и не допускать двойного толкования.

Один из важных пунктов трудового договора является оплата труда. Обязательно указывается: оклад (тарифная ставка), компенсационные и стимулирующие выплаты. Руководитель учреждения в трудовом договоре, как правило, прописывает работникам только те выплаты, которые определены Положением об оплате труда, утвержденные постановлением Правительства, а именно: оклад, доплата за стаж, категорию, звание (при наличии), надбавку за работу на селе, уральский коэффициент, доплата за вредные и опасные условия труда, если таковые имеются. Такие выплаты, как премиальные и иные стимулирующие не прописывают ни в абсолютном размере, ни в процентном выражении к окладу, а зачастую лишь обходятся одной фразой: «Стимулирующие выплаты могут начисляться и выплачиваться работнику при наличии экономии фонда оплаты труда, приказа руководителя и положения о премировании». Возникает вопрос: Почему? Попробую объяснить.

По большей части это связано с выполнением Указа Президента Российской Федерации № 597 от 12.05.2012 г. иными словами «дорожная карта». В ней указаны целевые показатели по заработной плате, которые в 2018 году составляли 200% врачам и 100% среднему и младшему медперсоналу от среднего дохода по региону, а в 2019 году не допускается снижение заработной платы.

Работодатель на сегодняшний день не может конкретизировать суммы стимулирующих выплат, потому что находится в прямой зависимости от выполнения объемов или получения дохода от оказания медицинской помощи.

Зарплата каждого работника за конкретный период должна зависеть от отработанного времени и показателей, служащих основанием и /или условием для начисления выплат стимулирующего характера. Выплаты стимулирующего характера зависят от результатов труда и могут снижаться при ухудшении показателей, за которые устанавливаются эти выплаты. Работодатель не должен вытягивать зарплату работникам, не обеспечивающих качественной работы, до планки, установленной указами Президента: нельзя начислять выплаты стимулирующего характера работникам, не заслужившим этого.

Не допускается включение в трудовой договор дополнительные условия, которые противоречат действующему трудовому законодательству:

-возложение на медицинского работника обязанности по возмещению ущерба в размере стоимости невыполненной работы, неполученных доходов в связи с невыполнением или ненадлежащим выполнением работником его должностных обязанностей;

-установление работнику штрафов. Перечень дисциплинарных взысканий установлен ст.192 ТК России и является исчерпывающим.

Трудовой договор является одним из главных оснований возникновения трудовых отношений между работодателем и медицинским работником. При этом следует иметь в виду, что принцип свободы трудового договора лежит в основе не только его добровольного заключения, но и дальнейшего существования трудовых отношений.

Список литературы:

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики".
2. Трудовой кодекс Российской Федерации. Электронный ресурс -<https://mfc-online.info/>

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. Электронный ресурс -<https://mfc-online.info/>
4. Акулина Т.И. Справочник врача общей практики», №7, июль 2011г.
5. Девять ошибок работодателя при составлении трудового договора// партнерский материал // Электронный источник: kskgroup.ru.
6. Симонова В.И. Информационные материалы по вопросам оплаты труда при введении эффективного контракта // УРОПРЗ РФ, 2015-183с.
7. Ширнина Т. Трудовой договор: тонкости, о которых знают не все. Электронный ресурс -<https://mfc-online.info/>.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ХАЛАТНОСТЬ. ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Стяжкина Светлана Николаевна

*доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры факультетской хирургии
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики,
г. Ижевск*

Ситников Вениамин Арсеньевич

*доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры факультетской хирургии
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики,*

Михалева Ирина Сергеевна

*Судья Октябрьского районного суда г. Ижевска Удмуртской Республики,
г. Ижевск*

Валинуров Артур Азатович

врач-ординатор ФПК терапии

Мерзлякова Юлия Сергеевна

*студент ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Удмуртской Республики
г. Ижевск*

Гилязова Алия Рамилевна

*студент ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Удмуртской Республики
г. Ижевск*

MEDICAL ERRORS AND SECURITY. LEGAL BASIS

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена изучению проблем врачебных ошибок и халатности врачей, изучению юридических основ, таких как административной, дисциплинарной, гражданской ответственностей, изучению статей в Российском законодательстве об ответственности медицинских работников.

Ключевые слова: Халатность врачей, врачебные ошибки, юридическая ответственность, медицина, здравоохранение, законодательство, здоровье, вред.

ABSTRACT

This article is devoted to studying the problems of medical errors and negligence of doctors, the study of legal grounds, such as administrative, disciplinary, civil liability, and the study of articles in Russian legislation on the responsibility of medical workers.

Keywords: Negligence of doctors, medical errors, legal liability, medicine, health care, legislation, health, harm.

Может ли быть оправдание врачу, нанесшему пациенту вред: пусть непреднамеренно, пусть без злого умысла? Должен ли врач нести за это ответственность, если человеку, доверившему себя специалисту, причиняются физические страдания помимо и сверх тех, которые уже имеются? В законодательстве Российской Федерации ответственность врача, медицинского учреждения перед пациентом оговорена в целом ряде законов и подзаконных актов, начиная с «Правил предоставления платных медицинских услуг населению...» и заканчивая Уголовным кодексом Российской Федерации. Однако, прежде всего, хочется заметить, что ответственность (в том числе и уголовная) наступает не по факту совершения врачебной ошибки, а по факту совершения правонарушения или преступления. Таким образом, врачебная ошибка, не повлекшая за собой причинение вреда здоровью или жизни пациента, нарушение его гражданских прав, остается на совести медицинского работника и говорит скорее о его некомпетентности.

Проступком называется направленное действие, которое лишено характера общественной опасности деяния и поэтому оно не предусмотрено законом об уголовной ответственности за данные действия предусмотрена административная, дисциплинарная или гражданская ответственность.

Административная ответственность наступает при нарушении порядка управления лечебным учреждением. Например, правил госпитализации больных, требований техники, противопожарных, санитарно-противоэпидемических правил и др.

Дисциплинарная ответственность наступает при нарушении трудовой, служебной, производственной дисциплины предусмотренной установленными нормами поведения и взаимоотношения в системе здравоохранения. Сюда относятся - прогул, опоздание на работу, невыполнение распоряжений главного врача, заведующего отделением и др.

Гражданская ответственность наступает в основном при причинении имущественного ущерба лечебному учреждению (порча имущества, бесхозяйственное хранение, использование медикаментов и т.д.) и также вреда больному вследствие неправильного лечения.

В отличие от проступков, преступлениями называют такие правонарушения, которые посягают на основы Российского общественного и государственного строя или причиняют существенный вред общественным отношениям или сопровождаются значительным ущербом для отдельных граждан. Существует ряд статей в Российском законодательстве, устанавливающих ответственность медицинских работников за оказание некачественных медицинских услуг, неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора и причинение вреда здоровью граждан. Так в разделе XII «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» оговариваются основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан, а также порядок возмещения затрат на оказание медицинской помощи и ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья (статья 66; 67; 68). Этому же вопросу гражданской, имущественной ответственности фактически посвящены ст.13 и 14 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

В случае наступления уголовной ответственности за совершенное преступление следует прежде всего установить форму вины. То есть, было ли преступление совершено умышленно или по неосторожности. Как правило, большинство преступлений в области здравоохранения совершаются по легкомыслию, либо по небрежности.

Согласно ст.25 УК России, преступлением, совершенным умышленно, признается деяние с прямым или косвенным умыслом. Прямой умысел — если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления. Косвенный умысел — если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействий), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, не желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично.

Ст. 26 УК России, говорит, что преступлением, совершенным по неосторожности, признается деяние, совершенное по легкомыслию или небрежности. Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело возможность наступления общественно-опасных последствий своих действий (бездействий), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно и могло предвидеть эти последствия. К наиболее часто встречающимся в судебной практике обвинениям в адрес медицинских учреждений, относятся обвинения по следующим статьям Уголовного кодекса Российской Федерации:

- Ст.118. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности.
- Ст.293. Халатность.
- Ст.235. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью.
- Ст.236. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил.
- Ст.237. Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей.
- Ст.233. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ.

Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности наказывается штрафом, либо обязательными работами, либо исправительными работами, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Причинение средней тяжести вреда здоровью по неосторожности наказывается также штрафом, либо обязательными работами, либо исправительными работами, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо арестом на срок до трех месяцев. То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев, либо лишением свободного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Причинение тяжкого или средней тяжести вреда по неосторожности имеет место тогда, когда:

а) действия или бездействие, повлекшее вред, совершается или допускаются виновно умышленно и при этом он предвидит причинение вреда потерпевшему, но легкомысленно надеется его предотвратить либо не предвидит, хотя должен был и мог предвидеть;

б) действия или бездействие виновного и причиненный вред совершены или допущены им по неосторожности.

В тех случаях, когда действия виновного совершаются умышленно и в результате этих действий потерпевшему наносится тяжкий вред (предусмотренный ч. 1 статьи, устанавливающей ответственность за это преступление), который виновный не предвидел, хотя мог и должен был предвидеть, его действия должны расцениваться как причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности.

Халатность. Под халатностью понимается неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе. Если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства. Такие действия (бездействие) наказываются штрафом, либо обязательными работами, либо исправительными работами, либо арестом. Если данное деяние повлекло по неосторожности смерть человека или иные тяжкие последствия, то такое деяние наказывается лишением свободы на срок до пяти лет. Обвинение в халатности возможно лишь в том случае, если лицо не выполнило обязанности, которые на него были возложены, а их невыполнение привело к наступлению вредных последствий. Отсутствие у должностного лица возможности выполнить надлежащим образом возложенные на него обязанности исключает уголовную ответственность за халатность.

Формы халатности могут быть различными. Они проявляются в чрезмерно поспешном, невнимательном сборе анамнеза или даже в игнорировании его, поверхностном, небрежном обследовании больного, что влечет за собой ошибочный диагноз и неправильное лечение. Чисто следствием небрежности является применение другого лекарственного препарата вместо необходимого или передозировка его.

В ряде случаев самонадеянность или небрежность дежурных врачей проявляется в недостаточной подготовке к операции, неправильном проведении обследования, халатном выполнении оперативных вмешательств, оставлении инородных предметов в полостях тела, в невыполнении правил послеоперационного лечения и др. Неблагоприятные исходы заболевания и оперативных вмешательств могут быть так же следствием халатности должностных лиц медицинских учреждений, не обеспечивших необходимого наблюдения и ухода за больными со стороны среднего и младшего медицинского персонала. Самонадеянность, переоценка своих возможностей также может проявиться у молодого хирурга и привести к неблагоприятному результату.

Халатность дежурного врача иногда проявляется в недобросовестном составлении истории небрежным составлением документов. Учитывая, что история болезни является юридическим документом, свидетельствующем о диагностике заболевания, проведенных лечебно-диагностических мероприятий, в случаях неблагоприятного исхода врачи иногда делают попытки внесения и даже полного переписывания. Следует подчеркнуть, что различные попытки, вставки между строк, вклейки и т.д. рассматриваются органами следствия и экспертными комиссиями как оформление истории болезни после происшествия, особенно в случаях, когда эти поправки не соответствуют другим медицинским документам.

В завершении хочется ещё раз обратить внимание руководителей медицинских учреждений на то, что в соответствии с законодательством Российской Федерации за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациентов, ответственность несут медицинские учреждения в целом.

Список литературы:

1. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок// Минск, Высш. шк. 1994 . - 110 с.
2. Загрядская А.П., Бедрин Л.М., Колыш Л.Б., Колпашиков Е.Г. Правовая и деонтологическая оценка врачебных ошибок // сб. научных трудов Горьковского мединститута. (Под ред. проф. Е.П. Камышовой): диагностические и лечебные ошибки врача - Горький, 1985. - стр. 125.
3. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. Ошибки в хирургической практике и пути их предупреждения// М., Медклиз, 1959 г.

4. Перепелицын В.Н. и соавт. Некоторые правовые аспекты хирургии и общества в условиях медицинского страхования //Методические рекомендации. - Пермь, 2000. - 31 с.
5. Стяжкина С. Н., Поздеев А.Р. Актуальные проблемы юридических аспектов в медицине. // Ижевск, 2018 -103 с.
6. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Стрелков Н.С., Бутолин Е.Г., Ромаданова Д.В., Гаврилов В.А., Кобелев А.В., Белоусов А.Н., Семиволкова Н.В., Кадров Н.В., Юровских Ю.В., Полтанова И.С. Классификация врачебных ошибок, этические правовые аспекты хирургии и общества в современных условиях. // Ижевск, 2003. – 52 с.
7. Шапошников А.В. Ятрогения (Терминологический анализ и конструирование понятия) //Ростов на Дону, 1998. - С.167.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТАЦИОНАРА

Сорокин Эдуард Павлович

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней
с курсом анестезиологии и реанимации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики,
г. Ижевск*

Ивашкина Елена Викторовна

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней
с курсом анестезиологии и реанимации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики,
г. Ижевск*

Николаева Елена Владимировна

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста,
ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Ижевская
государственная медицинская академия Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики,
г. Ижевск*

VOLUNTARY INFORMED CONSENT IN PRACTICE OF HOSPITAL DOCTORS

Sorokin Eduard Pavlovich

*Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department of Surgical Diseases
with a course in anesthesiology and reanimation at the Izhevsk State Medical Academy of the
Russian Ministry of Health (Federal State-Financed Educational Institution of Higher Education),
Izhevsk*

Ivashkina Elena Viktorovna

*Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department of Surgical Diseases
with a course in anesthesiology and reanimation at the Izhevsk State Medical Academy of the
Russian Ministry of Health (Federal State-Financed Educational Institution of Higher Education),
Izhevsk*

Nikolaeva Elena Vladimirovna

*Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department of Pediatric Dentistry,
Orthodontia, Dental Illnesses Prevention of the Izhevsk State Medical Academy of the Russian
Ministry of Health (Federal State-Financed Educational Institution of Higher Education), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

Цель данной работы – выявить полноту и достоверность информирования пациентов при получении добровольного информированного согласия на проведение медицинских вмешательств врачами хирургических специальностей и объема остаточной информации у пациентов при выписке. Материалы. Оценивались сведения, полученные при анонимном опросе путем анкетирования пациентов о добровольном информированном согласии хирургического профиля городской больницы. Результаты. В 85,7 % случаях беседа и подписание добровольного информированного согласия проводились при госпитализации в стационар. Беседу при этом в 80,4 % случаев проводилась врачами. У 90,9 % респондентов доверие вызвали хирурги, у 87,0 % – гинекологи, у 25,0 % – анестезиологи-реаниматологи. Удовлетворены полученной информацией были 80,4 % пациентов. По прошествии времени в памяти пациентов сохранились минимальные сведения после проведенной врачами беседы. Выводы. Было выявлено, что 85,7 % пациентов подписали добровольное информированное согласие при госпитализации в стационар. Удовлетворены результатами беседы с врачом были 80,4 % респондентов. Сведения, полученные при обсуждении медицинских процедур и манипуляций, сохранились в памяти только у 16,1 % пациентов до выписки из стационара.

Ключевые слова: добровольное информированное согласие, хирургический стационар.

ABSTRACT

The aim of the research is detection of completeness and reliability of informing patients at receipt of the voluntary informed consent to carrying out medical manipulations by doctors of surgical specialties and volume of the residual information at patients at the statement. Materials. The data obtained in an anonymous survey on voluntary informed consent by questioning patients surgical profile of the city hospital were evaluated. Results. In 85.7% of cases the interview and signing of voluntary informed consent were carried out during hospitalization. The conversation at the same time in 80,4 % of cases were performed by doctors. At 90.9% of respondents trust called surgeons, have 87,0 % – gynecologists, a 25.0 % – anesthesiologists. 80.4% of patients were satisfied with the received information. After a time in the memory of patients remained minimal information after the information. Conclusions: It was found that 85.7 % of patients signed a voluntary informed consent during hospitalization. 80.4% of respondents were satisfied with the results of the conversation with the doctor. Information obtained during the discussion of medical procedures and manipulations remained in the memory of only 16.1% of patients before discharge from the hospital.

Keywords: voluntary informed consent, surgical hospital.

Добровольное информированное согласие прочно вошло в практику врачей всех специальностей [1, 6]. Трудность работы анестезиолога-реаниматолога в данном аспекте заключается в необходимости своевременного донесения до пациента большого объема специфичной информации в максимально доступной форме [7]. При этом тяжесть состояния пациентов, эмоциональное окрашивание ситуации осложняют как запоминание и восприятие информации, так и подписание соответствующего документа. Устное утверждение, что информирование было проведено должным образом и своевременно, а потребитель добровольно согласился на медицинские вмешательства при судебных разбирательствах не имеют доказательной силы. Согласно письму № 10-2/19799/и от 25.09.2000 г. Департамента организации медицинской помощи населению и профилактики неинфекционных заболеваний Минздрава России добровольное информированное согласие оформляется письменно, заверяется личной подписью пациента и закрепляется в первичной медицинской документации [1, 7].

Статья 8 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 29.07.2018) «О защите прав потребителей» свидетельствует, что «потребитель вправе потребовать представления необходимой и достоверной информации об изготовителе (исполнителе,

продавце), режиме его работы и реализуемых им товарах (работах, услугах)» [3]. Потребители работ, осуществляемых медицинскими работниками, в том числе и врачами анестезиологами-реаниматологами, в большинстве случаев не владеют специальными медицинскими знаниями, а периоперационное ведение пациентов и анестезия являются для них только малопонятными терминами. Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «необходимым 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» [3, 4, 8, 9]. При этом согласие пациента является необходимым условием медицинского вмешательства, оно должно быть добровольным и полученным до проведения манипуляций [2, 5].

Цель работы – выявить полноту и достоверность информирования пациентов при получении добровольного информированного согласия на проведение медицинских манипуляций врачами хирургических специальностей и объема остаточной информации у пациентов при выписке.

На основании действующего законодательства Российской Федерации в лечебном учреждении разработано Добровольное информированное согласие на выполнение исследования, лечения, вмешательства (операции), а также информированное согласие пациента на выполнение инвазивного исследования, вмешательства, операции, информированное согласие пациента на проведение анестезиологического пособия с целью обеспечения медицинского вмешательства (Приложение № 1 к приказу № 353 от 28 октября 2015 г.).

Были изучены результаты анонимного опроса 56 пациентов хирургического профиля, пролеченных в стационаре многопрофильной городской больницы в январе 2019 года. Из них находились на лечении в хирургических отделениях 33 (58,9 %) человека, в гинекологическом отделении – 23 (41,1 %) пациента. Оперативное вмешательство было проведено 42 (75,0 %). Анкетирование осуществлялось в период от 1 до 10 дней после госпитализации в стационар.

Для достижения результатов был разработан опросник, который содержал 6 вопросов: 1) Вы подписывали добровольное информированное согласие на выполнение медицинских исследований, лечения, вмешательства? 2) Когда Вам было предложено подписать добровольное информированное согласие? 3) Кто проводил беседу и информировал Вас о предстоящих исследованиях, манипуляциях, лечебных процедурах? 4) Какой специалист вызвал у Вас наибольшее доверие? 5) Вы получили исчерпывающие ответы на вопросы о предстоящих исследованиях, манипуляциях, лечебных процедурах? 6) Какие сведения Вы запомнили после проведения беседы? К каждому вопросу прилагались стандартные варианты ответов либо респондент мог дать ответ своими словами.

В результате проведенного социального метода исследования было выявлено, что 54 (96,4 %) респондента помнили факт информирования о предстоящих медицинских манипуляциях.

Наибольшее число респондентов сообщили, что добровольное информированное согласие было подписано ими сразу при госпитализации в стационар – 48 (85,7 %) человек. При этом 5 (8,9 %) пациентов ознакомились с информированным согласием накануне операции, еще 2 (3,6 %) – непосредственно в операционной, 1 (1,8 %) – после оперативного вмешательства. В последнем случае имело место экстренное оперативное вмешательство.

Беседу о предстоящих медицинских манипуляциях и вмешательствах с пациентами проводили врачи профильных отделений в 45 (80,4 %) случаях. Так же 4 (7,1 %) респондента сообщили, что информирование осуществляли ординаторы. У 5 (8,9 %) пациентов

добровольное информированное согласие было подписано после общения с медицинской сестрой.

Большинство респондентов отметили, что доверяют врачу-специалисту профильного отделения: в гинекологическом отделении – 20 (87,0 %) пациентов, в хирургических – 30 (90,9 %) человек. Помимо хирургов и гинекологов в 14 (25,0 %) случаях пациенты отметили, что наибольшее доверие после беседы вызвали врачи анестезиологи-реаниматологи – 4 (17,4 %) пациента гинекологического отделения, 10 (30,3 %) – хирургических отделений. В 6 (10,7 %) случаях респонденты затруднились ответить на вопрос о доверии к врачам.

Исчерпывающие ответы на все возникшие у пациентов вопросы, касающиеся предстоящего медицинского вмешательства, получили 45 (80,4 %) пациентов. Лишь 4 (7,1 %) респондента не были удовлетворены результатами беседы. Не помнили или затруднились ответить на поставленный вопрос 7 (12,5 %) пациентов.

Вспомнить информацию объем, полноту, достоверность сведений из беседы, предшествующей подписанию добровольного информированного согласия, не смогли 22 (39,3 %) респондента. В 8 (14,3 %) случаях пациенты назвали разрозненные данные о диагнозе, лечении, периоперационном ведении. При этом 12 (21,4 %) человек запомнили, что информирование осуществлял врач, 6 (10,7 %) из них помнили, что врач был анестезиологом-реаниматологом. Утверждали, что усвоили всю информацию, 9 (16,1 %) пациентов. Во время госпитализации 5 (8,9 %) респондентов вспомнили, что их уверили в благоприятном исходе. Объем и полнота информации при этом не зависела от времени госпитализации и сроков оперативного вмешательства.

Было выявлено, что 85,7 % пациентов подписали добровольное информированное согласие при госпитализации в стационар. Удовлетворены результатами беседы с врачом были 80,4 % респондентов. Сведения, полученные при обсуждении медицинских процедур и манипуляций, сохранились в памяти только у 16,1 % пациентов до выписки из стационара.

Список литературы:

1. Бажанов Н. О., Иваненко Н. С. Информированное добровольное согласие в практике врача-педиатра // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т. 11. № 2. С. 11 – 13.
2. Дегтярев Ю. Г., Фомин О. Ю., Солтанович А. В., Marzelieze S. Информированное согласие на медицинское вмешательство: медико-правовые аспекты // Здравоохранение. 2014. № 2. С. 27 – 38.
3. Закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 29.07.2018) «О защите прав потребителей». - [электронный ресурс] – Режим доступа. – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/7277de8b3c2fcf0360ef348aae019c0da29095fa/.
4. Защита прав врачей: практикум по тактике. Под ред. Печерея И. О. М., 2018. 124 с. [электронный ресурс]. Режим доступа. www.nacmedpalata.ru/files/addonfiles/doctor_protection.pdf.
5. Каратаев В. Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в практике врача анестезиолога-реаниматолога // Интенсивная терапия. – 2007. - № 4. - [электронный ресурс] – Режим доступа. – icj.ru/journal/number-4-2007/145-pravo-na-informirovannoe-dobrovolnoe-soglasie-na-medicinskoe-vmeshatelstvo-v-praktike-vracha-anesteziologa-reanimatologa.html.
6. Кондратенко А. В. Добровольное информированное согласие при оказании скорой медицинской помощи: этико-правовые аспекты // Научный альманах. 2018. № 5-3 (43). С. 71 – 74.
7. Старченко А. А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности. М.: БИНОМ, 2016. 944 с.
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.01.2019).

[электронный ресурс]. Режим доступа.
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/0b1cadf39ebef0f1fed2ef0b8ebab5973197d7f1/.

9. Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Филиппов А. Ю. История становления информированного добровольного согласия пациента в России // Медицинский альманах. 2013. № 1 (25). С. 11 – 13.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

Соколов Вениамин Полиектович
кандидат педагогических наук, доцент,
заведующий кафедрой уголовно-правовых дисциплин
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

LEGAL BASIS OF DEONTOLOGICAL REQUIREMENTS FOR MEDICAL SERVICE

Sokolov Veniamin Poliektovich
Candidate of Pedagogical Sciences, docent, Head of the Department of Criminal
Disciplines of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Совокупность деонтологических норм, действующих при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, объединяются в определённую структуру, неформально регулирующую отношения в сфере медицинского обслуживания. При этом иногда возникают некоторые несоответствия между деонтологическими и правовыми нормами. Создаётся необходимость в корректировке принципов медицинской деонтологии, которые бы соответствовали нормативной правовой базе, применяемой в практической медицине.

Ключевые слова: деонтология, истоки медицинской деонтологии, требования медицинской деонтологии, взаимосвязь деонтологических требований с правовыми нормами.

ABSTRACT

The set of deontological norms that are in place when medical workers perform their professional duties are combined into a specific structure that informally regulates relations in the field of medical care. However, sometimes there are some inconsistencies between deontological and legal norms. There is a need to adjust the principles of medical ethics, which would correspond to the regulatory legal framework used in practical medicine.

Keywords: deontology, the origins of medical deontology, the requirements of medical deontology, the relationship of deontological requirements with legal norms.

Деонтология (греч. deon - долг и logos - понятие, учение) - раздел этики, рассматривающий проблемы долга и моральных требований. Деонтология исследует проблемы должного поведения людей в определённой области профессиональной деятельности в соответствии с требованиями социально-исторической практики и установленных норм. Этика состоит из базиса - аксиологии (моральных ценностей) и надстройки - деонтологии (следствие этих ценностей). Этика, как целое, и деонтология, как

её составляющая часть, «не конкурируют между собой, а лишь создаются различно: этика - долгим воспитанием моральных ценностей, деонтология - сравнительно быстрым усвоением правил» [1]. Деонтология, основываясь на прагматизме законов, уставов, инструкций, корпоративных кодексов чести предписывает, как должно поступать в той или иной ситуации и как нельзя. Деонтология - это научные знания о принципах и нормах профессионального поведения, детерминированного с ролевым поведением представителя конкретного профессионального сообщества.

Представления о деонтологии как отрасли знаний о долге и должном профессиональном поведении, основанном на нравственном содержании человеческих отношений в сфере профессиональной деятельности, неразрывно связано с обеспечением безопасности личности. Опираясь на воззрения Иеремии Бентама (1834 г.), разработавшего модель науки о нормах профессионального поведения человека, установлена её практическая роль как научного знания о принципах и нормах профессионального поведения, то есть социологии ролевого поведения представителя конкретной профессиональной группы [1].

Профессиональная деонтология изучает принципы, нормы, закономерности и формы профессионального поведения, обусловленные как социальными факторами, так и спецификой профессиональной деятельности, характером взаимоотношений профессионала с обществом, государством, гражданами (потребителями, обслуживаемыми), а также с членами своей профессиональной группы и других социальных (профессиональных) групп. Профессиональная деонтология – это междисциплинарная наука, прикладной раздел этики и социологии морали, рассматривающий проблемы профессионального долга, требований и нормативов долженствования и должного проведения в системах отношений.

Вместе с тем, необходимо отразить мнение А. П. Зильбера, который деонтологию сравнивает с этикой роботов, действующих по заданному алгоритму, составленному программистом, «благодаря чему робот поступает только должным образом, хотя и не знает, почему он так поступает. Человек, действующий должным образом, ошибается чаще, чем робот, но мотивацией его поступков являются накопленные моральные ценности, а не жесткий алгоритм. Зато и набор ситуаций, в которых может безошибочно действовать робот, ограничен программой, тогда как набор ситуаций для человека практически не ограничен» [1]. Представляется возможным не только согласиться с этим заключением, но и усилить его.

В основе деятельности медицинского работника лежит целевая установка выполнять свои обязанности в соответствии со своими должностными обязанностями и нормами профессиональной этики. На основе убеждений реализовать поставленные цели в центральной нервной системе индивида создаётся определённая программа действий, реализующая в системно-организационном поведенческом акте. Такие запрограммированные и последовательные действия по выполнению определённых задач, повторяющиеся многократно, создают определённый алгоритм или динамический стереотип поведения. В результате такого стереотипа, сформированного соответствующими пространственными, временными и порядковыми особенностями воздействия на личность, внешних и внутренних факторов, обеспечивается точность и своевременность в принятии единственно правильного решения. Это имеет существенное значение в действиях медицинского работника, особенно, когда он при чрезвычайных ситуациях находится в цейтноте и от его решительных, умелых действий зависит жизнь других людей.

Медицинская деонтология впитала в себя ряд традиций врачебной деятельности, восходящих ещё к эллинскому миру и другим древним цивилизациям и ставших каноническими, прежде всего ответственность врача за ошибку, причем не только перед законом (это закреплено в правовых нормах, нередко насчитывающих многие тысячелетия), но и перед собственной совестью.

Медицина, почти свободная от политических пристрастий и наиболее интернациональная наука, активнее других наук восприняла и развивает деонтологию в интересах подготовки и деятельности кадров. Характерно в этом смысле международное

признание важности и практической ценности медицинской деонтологии. Свидетельство тому – регулярно проводимые международные деонтологические конгрессы врачей, а также ряд международных документов по вопросам врачебной деонтологии и этики: «Женевская декларация» (1948), «Женевская клятва», «Международный кодекс медицинской этики» (1949, 1983г.г.), «Хельсинско-Токийская декларация» (1964, 1975г.г.), «Сиднейская декларация» (1969 г.). Деонтологические нормы содержатся в Принципах медицинской этики, принятых на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН и утвержденных Резолюцией N 37/194 (1982 г.).

Ряд нормативных правовых документов в области политики охраны здоровья детей (1987 г.), трансплантации человеческих органов (1987 г.), генетического консультирования и генной инженерии (1987 г.), прав женщины на использование контрацепции (1994 г.), телемедицине и медицинской этике (1992 г.), поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (1994 г.) содержит медицинские деонтологические детерминанты.

Нормы медицинской деонтологии в Российской Федерации устанавливаются на основании норм культуры, конституционных положений и законодательных актов, норм международного права. Эти нормы предусматривают высокую моральную ответственность медицинского работника перед обществом и пациентом за свою деятельность. Каждый медицинский работник должен принимать все необходимые меры для их соблюдения. Деонтологические требования реализуются в следующих основных сферах:

- долг медицинского работника по отношению к обществу;
- долг медицинского работника по отношению к больным, их родственникам и близким;
- долг медицинского работника по отношению к коллегам.

Приверженцы медицинской деонтологии советского периода Б.В. Петровский, Л.А. Лещинский, В.Ф. Матвеев конкретизировали сферы проявления деонтологических требований и обозначили социологические аспекты:

- врач и больной (моральные вопросы взаимоотношений и взаимодействий).
- врач и общество, государство, право и закон;
- врач и его отношения с другими врачами, с медицинскими работниками;
- врач и ближайшее окружение пациента (родственники, друзья, сотрудники, соседи).
- врач и его отношение к самому себе, самооценка им своей деятельности, своей деятельности, своих достижений и ошибок [2].

Под медицинским работником в соответствии с пунктом 13 статьи 2 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] в настоящем Кодексе понимается физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Целью профессиональной деонтологии медицинского работника является сохранение жизни человека, участие в разработке и проведении мероприятий по охране его здоровья в пределах компетенции медицинского работника, надлежащее оказание всех видов диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи.

Деонтологические принципы деятельности медицинских работников обязывают:

использовать все свои знания и практические навыки, в соответствии с уровнем профессионального образования и квалификацией для охраны здоровья граждан, обеспечения качества оказываемой им помощи на высоком уровне;

одинаково уважительно оказать медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, места проживания, его социального статуса, религиозных и политических убеждений.

Действия медицинского работника, его убеждения и ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами Российской Федерации.

Медицинский работник обязан постоянно совершенствовать свои профессиональные знания и умения, навыки.

Медицинский работник несет ответственность, в том числе и моральную, за обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией, принятыми клиническими рекомендациями, должностными инструкциями и служебными обязанностями.

Учитывая роль медицинского работника в обществе, он должен поддерживать и принимать участие в общественных мероприятиях, особенно по пропаганде здорового образа жизни.

Недопустимыми действиями медицинского работника является злоупотребление знаниями и положением медицинского работника несовместимо с его профессиональной деятельностью.

Медицинский работник не вправе:

использовать свои знания и возможности не в целях охраны здоровья человека;

использовать методы медицинского воздействия на пациента по просьбе третьих лиц;

навязывать пациенту свои философские, религиозные и политические взгляды;

использовать незарегистрированное в установленном порядке медицинское оборудование;

назначать и использовать незарегистрированные в Российской Федерации фармакологические препараты;

навязывать пациентам тот или иной вид лечения, лекарственные средства в корыстных целях;

наносить пациенту физический, нравственный или материальный ущерб намеренно либо по небрежности, безучастно относиться к действиям третьих лиц, причиняющих такой ущерб.

Личные предубеждения медицинского работника и иные субъективные мотивы не должны оказывать воздействия на выбор методов диагностики и лечения.

Медицинский работник при назначении курса лечения не вправе предоставлять пациенту недостоверную, неполную либо искаженную информацию об используемых лекарственных препаратах, медицинских изделиях.

Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной ухудшения качества и доступности, уменьшения видов и объема медицинской помощи, предоставляемой ему бесплатно в рамках программы государственных гарантий, установленной законодательством Российской Федерации.

Подарки от пациентов и пациентам крайне нежелательны, поскольку могут создать впечатление у пациентов, не дарящих и не получающих подарков, что им оказывают меньшую заботу. Подарки не должны вручаться или приниматься в обмен за услуги.

Медицинский работник не имеет права, пользуясь своим профессиональным положением, психической несостоятельностью пациента, заключать с ним имущественные сделки, использовать в личных целях его труд, а также заниматься вымогательством и взяточничеством.

Медицинский работник не вправе скрывать от пациента информацию о состоянии его здоровья. В случае неблагоприятного прогноза для жизни пациента медицинский

работник должен предельно деликатно и осторожно проинформировать об этом пациента при условии, что пациент изъявил желание получить такого рода информацию.

Медицинский работник не вправе скрывать от пациента и непосредственного руководителя информацию о развитии медико-техногенной патологии, непредвиденных реакций и осложнений в процессе лечения.

Большое значение придадут современные ученые-медики медицинской деонтологии как направлению специальной подготовки врачей в целях выработки у них особых профессионально-этических качеств. Для формирования врача, считают они, необходимы три компонента: врачебные знания; владение многими врачебными действиями и приемами; особый медицинский характер, стиль мышления и поведения, морально-этический потенциал, деонтологический потенциал, деонтологический комплекс.

Многие видные врачи обоснованно рассматривают третий компонент врачебной подготовки как самый важный в формировании медицинского работника, как наиболее ценный и вместе с тем далеко не просто достигаемый и поддерживаемый.

Медики-деонтологи считают, что кроме этических проблем деонтология призвана рассматривать вопросы профессионального, служебного характера, входящие в понятие служебного долга, и некоторые вопросы взаимодействия морали и права. Этот методологически важный тезис подтверждают документы международных деонтологических конгрессов.

В Российской Федерации деонтологические императивы составляют сущность законодательной базы в области здравоохранения (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. "О трансплантации органов и (или) тканей человека"). Деонтологические нормы закреплены на законодательном уровне и содержатся в Гражданском кодексе, Уголовном кодексе, Уголовно-процессуальном кодексе и ряде других нормативных правовых актах.

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, принятый Первым национальным съездом врачей Российской Федерации в 2012 году, Кодексы профессиональной этики медицинского работника субъектов Российской Федерации включают деонтологические нормы, обязательные для выполнения медицинскими работниками. Согласно этим документам, такие нравственно-деонтологические категории, как: вежливость, гуманность, демократичность, доверие, милосердие, сдержанность, сочувствие, справедливость, уважение, толерантность, эмпатия должны быть постоянными проявлениями во взаимоотношениях с пациентами и иными лицами. Однако они носят декларативный характер.

Н.Г. Калугина, А.Р. Поздеев в своих работах, посвящённых проблемам уголовно - правовой ответственности медицинских работников, констатируют, что причиной многих видов преступлений врачей и других медицинских работников в профессиональной деятельности является прежде всего нарушение медицинских деонтологических норм [4].

Представляется возможным сделать вывод, что прежде, чем подготовить специалиста в области медицинского обслуживания, необходимо сформировать личность, наделённую чувством долга и ответственности в выполнении медицинских деонтологических требований, затем – медицинского работника.

Список литературы:

1. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Этюды критической медицины», т. 4. А. П. Зильбер - Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998. - 560 с.
2. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. М., 1989.
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.03.2019).

4. Калугина Н.Г., Мурин С.В. Проблема статистического учета преступлений коррупционной направленности в процессе криминологического исследования. // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 4 (14).

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Трефилова Елена Николаевна
БУЗ УР «Увинская РБ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»
г. Ижевск

CIVIL LIABILITY FOR DAMAGE CAUSED BY THE IMPLEMENTATION OF MEDICAL ACTIVITIES IN A MEDICAL ORGANIZATION

Trefilova Elena Nikolaevna
BUZ SD "Uvinskaya RB Ministry of Health of the Udmurt Republic", Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена вопросам гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный при осуществлении медицинской деятельности в медицинской организации. В статье обозначена актуальность выбранной темы, обозначен ряд проблем. На законодательном уровне прослеживается односторонний подход к вынесению судебных решений при рассмотрении дел с участием пациентов и медицинских работников (либо медицинских организаций). В последние несколько лет отмечается активность среди пациентов по обращениям в судебные, правоохранительные органы, страховые медицинские организации с единственной целью: получить денежные средства за оказанную медицинскую помощь ненадлежащего качества по их мнению. И судебные решения удовлетворяют требования пациентов. Также к медицинским организациям применяются санкции, как правило, финансового характера со стороны надзорных органов.

Ключевые слова: медицинская деятельность; медицинская организация; гражданско-правовая ответственность; причиненный вред.

ANNOTATION

The article is devoted to issues of civil liability for harm caused during the implementation of medical activities in a medical organization. The article indicates the relevance of the chosen topic, indicated a number of problems. At the legislative level, there is a one-sided approach to adjudicating in cases involving patients and medical workers (or medical organizations). In the past few years, there has been an activity among patients on appeals to judicial, law enforcement agencies; insurance medical organizations for the sole purpose: to receive money for the rendered medical assistance of inadequate quality in their opinion. And court decisions satisfy the requirements of patients. Also, medical organizations are subject to sanctions, as a rule, of a financial nature on the part of supervisory authorities.

Keywords: medical activity; medical organization; civil liability; harm done.

Медицинская деятельность осуществляется медицинскими организациями различных видов собственности в соответствии с учредительными документами: Устав, Положение при обязательном наличии Лицензии на осуществление перечисленных в ней видов медицинской помощи. Так же медицинскую деятельность могут осуществлять медицинские работники при вышеназванных условиях. Законодательная база, применяемая в осуществлении медицинской деятельности, на сегодняшний день обширна и разнообразна,

что затрудняет применять единый подход к толкованию нормативно-правовой документации.

Основным нормативным документом, регулирующим отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, а так же определяющим правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья граждан; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ФЗ-323 от 21.11.2011 года (далее ФЗ)[1]. В нем содержатся основные понятия, которые применимы к проблемам, обсуждаемым в данной статье.

В соответствии со статьей 2 Федерального закона для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

1) здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

2) охрана здоровья граждан (далее - охрана здоровья) - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

3) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

21) качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Данный ФЗ поясняет такие понятия, как ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья (Статья 9).

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Как же может быть оказана качественная медицинская помощь если граждане не исполняют свои обязанности что предусмотрено ст. 27 Федеральный закон № 323 в сфере охраны здоровья. Перечислим некоторые из них:

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.

Часть 1 ст.27 обязывает граждан заботиться о сохранении своего здоровья, но, мало того, что далеко не все исполняют эту обязанность, так еще и судебные органы не принимают данный пункт во внимание при рассмотрении дел, в частности, исков к медицинским организациям при причинении вреда здоровью.

Приведем пример собственной практики: пациентка С. обратилась в суд с иском к медицинской организации N по поводу причинения вреда здоровью тяжелой степени. Будучи беременной, она обратилась в медицинскую организацию с болями в животе. В результате всех проведенных лечебно-диагностических мероприятий пациентке удалена матка, ребенок погиб. В ходе внутреннего служебного расследования выяснилось: женщина допустила данную беременность, которая была третьей по счету в одном текущем году, при этом две предыдущие беременности были внематочными и закончились операциями. После оперативного лечения внематочных беременностей женщинам рекомендуется контрацепция (предохранение от беременности) в течении минимум шести месяцев. Следовательно, последняя беременность наступила на заведомо неблагоприятном фоне. Сама пациентка, обладая специальными медицинскими знаниями (работает медицинской сестрой отделения реанимации крупной региональной больницы), допустила наступление данной беременности, рискуя своим здоровьем и даже жизнью. Так же выяснилось, что при появлении болей в животе, вместо того, чтобы сразу обратиться за медицинской помощью, она приняла лекарство и пыталась уснуть, отсрочив обращение в больницу еще как минимум на два часа. Суд все ходатайства медицинской организации о запросе первичной медицинской документации из больниц, где были проведены операции по поводу внематочных беременностей, а также применении ч.1 статьи 27 ФЗ, отклонил и частично удовлетворил иск пациентки. В данный момент эта женщина вновь обратилась в суд с иском к лечащим врачам, которые ей спасли жизнь. Следовало бы в таком случае конкретизировать норму ст. 27 ФЗ №323 [1].

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. С. 352.

ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВА НА ИНФОРМАЦИЮ О ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

Шавеко Николай Александрович
кандидат юридических наук, научный сотрудник Удмуртского филиала Института философии и права Уральского отделения Российской Академии наук, Ижевск

PROBLEMS OF ENSURING THE RIGHT TO INFORMATION ON PAYABLE MEDICAL SERVICES

Shaveko Nikolai Aleksandrovich
Candidate of Law, Researcher in the Institute of Philosophy and Law of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Рассматриваются проблемы защиты права потребителей медицинских услуг на полную, доступную и достоверную информацию о данных услугах. Выявляются недоработки действующего законодательства и следующая из них судебная практика в указанной области, формулируются предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы.

Ключевые слова: права потребителя, медицинские услуги, право на информацию.

ABSTRACT

The problems of protecting the rights of consumers of medical services to complete, accessible and reliable information about these services are considered. Gaps in the current legislation in this area are identified and the court practice is analyzed, proposals are made for improving the regulatory framework.

Keywords: consumer rights, medical services, right to information

Мы живем в мире обществе потребления и в обществе специалистов. Это делает доступными многие блага, но и порождает многие проблемы. В первую очередь, это проблема информации. Несмотря на то, что Закон о защите прав потребителей подробно закрепляет право потребителя на информацию, на практике законодательных мер оказывается недостаточно. Врачей часто сравнивают с юристами. И те, и другие – специалисты, позволяющие решать распространенные жизненные проблемы и даже влиять на судьбы. Но в контексте права на информацию я бы сказал, что и те, и другие имеют широчайшие возможности для обмана потребителей. В своей юридической практике я встречал юристов, придумывающих несуществующие нормы, законы и кодексы, показывающих поддельные судебные решения, обещающих заведомо недостижимые результаты – всё, лишь бы получить деньги клиента. Успешно обойти законодательство о предоставлении потребителю информации - труда не составляет. Что же до врачей? Люди тоже доверяют им как специалистам. Но и в сфере платных медицинских услуг специалисту не всегда выгодно доводить до потребителя всю информацию.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006 утверждены Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Пункт 13 Правил гласит, что копию лицензии на осуществление медицинской деятельности медицинская организация предоставляет лишь по требованию потребителя. Одновременно Пленум Верховного Суда Российской Федерации в п. 89 Постановления от 23.06.2015 N 25 разъясняет, что совершение сделки лицом, не имеющим необходимой лицензии, не влечет ее недействительности, если законом прямо не установлено иное. Следовательно, если потребитель обнаружил, что медицинская организация не имеет даже лицензии (а это бывает у частнопрактикующих врачей, народных целителей или косметологических салонов), все что он может потребовать – это возмещения убытков.

Кроме того, согласно п. 14 названных Правил, при заключении договора потребителю должна предоставляться определенная информация. С одной стороны, этот шаг прогрессивен, поскольку в ранее действовавших правилах такого перечня информации не было. Но опять же, предоставляется она только по требованию потребителя. Речь идет об информации о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, о конкретном работнике, который предоставляет услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи. Обо всем этом сообщается лишь в случае, если потребует клиент... То есть врач даже не обязан сразу проговаривать, какие возможные последствия влечет медицинское вмешательство, и какие есть противопоказания? И впоследствии, когда договор заключен, п. 29 Правил также гласит, что лишь по требованию пациента предоставляется информация и риске, о вариантах и

последствиях вмешательства и об ожидаемых результатах, об используемых лекарственных препаратах.

Отсюда судебная практика, по которой услуги признаются надлежащего качества, если их оказание осуществлялось по стандартным методикам, независимо от результата [2, с. 58-69]. Отсюда лишь пятая часть исков, связанных с непредставлением информации о медуслугах, удовлетворяются, и то по формальным основаниям, например, когда информированное согласие на оперативное вмешательство дается пациентом в день операции в условиях стресса, когда количество оперативных вмешательств больше количества подписанных согласий, когда формы бланков этих согласий содержат чуть ли не литературные пассажи типа «я понимаю, что хирургия – это неточная наука ... и т.д.» [1, с. 59-60]. Отсюда экономные пациенты вынуждены бороться с врачебным маркетингом и сами смотреть в интернете действующее вещество прописанных им лекарств и выбирают более дешевые аналоги с тем же действующим веществом.

Поэтому, как представляется, очень важно предусмотреть установить безусловную, не зависящую от требования пациента обязанность медицинской организации предоставить всю вышеназванную информацию. Но конечно, это не обезопасит потребителей от недобросовестных врачей, готовых ради прибыли вешать людям лапшу на уши. Поэтому на мой взгляд важна другая решительная мера: обяжание исполнителя хотя бы основную информацию об услуге предоставлять в письменном виде (например, о способах оказания услуги, о предполагаемых результатах и о возможных рисках по каждому способу, о цене всех услуг, которые могут понадобиться в ходе лечения [4, 5]). И причем именно в доступном виде и в достаточном количестве, как этого требует законодательство о защите прав потребителей. Некоторые ученые даже предполагают в отношении медицинских услуг установить жесткие правила твердой, не подлежащей изменению сметы [4, с. 98]. Сейчас Правила говорят лишь о том, что смета *может быть* составлена (п. 19).

Как зафиксировать в договоре результат услуг? Отметим, что услуги в отличие от работ по своей правовой природе вообще не предполагают наличие о вещественного результата. Однако, во-первых, многие медицинские услуги имеют, в том числе, и признаки работ, поскольку о вещественный результат налицо. Во-вторых, в тех случаях, где такого результата нет по самому характеру услуг, может использоваться юридическая конструкция "предполагаемые последствия". В-третьих, никто не обязывает медицинскую организацию 100% добиваться запланированных последствий, давать гарантии их достижения, просчитывать риски и указывать вероятность их наступления в процентах, однако в договоре цели и риски должны быть просто доступно обозначены, чтобы гарантировать право на информацию.

Мне кажется несколько неточной формулировка п. 20 Правил, где сказано, что если требуется предоставление дополнительных платных медуслуг, пациента нужно предупредить об этом. Во-первых, на какой стадии предупредить, когда отказываться уже бессмысленно? Во-вторых, что значит "требуется"? Не сам ли пациент, заключая договор, решает, что ему требуется? Или всё же должны быть четкие медицинские показания?

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" содержит еще одно любопытное понятие: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства. Медицинский работник должен предоставить в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н добавляет к этому списку информацию "в том числе о вероятности развития осложнений". Правило хорошее, вот только как определить, действительно ли медицинский работник всю информацию до пациента довел? Та форма, которая названным Приказом утверждена – это, извините, филькина грамота, собрание общих фраз, оформляемая лишь при первом посещении организации больше ради самой организации, а не пациента, в бюрократических

целях. Вот получение письменной информации о конкретной медицинской услуги под роспись – другое дело. Но такого не предусмотрено.

Другая проблема заключается в доведении до потребителей информации о бесплатных медицинских услугах, оказываемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Далеко не каждый пациент способен разобраться во всей нормативной документации, например, в Программе государственных гарантий, утвержденной на 2019 г. и плановые 2020-2021 гг. Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 N 1506. Но в принципе этого и не нужно. Когда заключается договор о платных услугах, достаточно дать перечень этих услуг в таблице, а в другом столбце этой таблице привести с краткими характеристиками альтернативу, существующую на бесплатной основе.

Как не забюрократизировать наши медицинские организации требованиями о предоставлении письменной информации? Мне кажется, в подавляющем большинстве случаев проблема решается составлением типовых форм договоров и брошюр в отношении наиболее часто встречающихся заболеваний и наиболее часто оказываемых услуг. Стоит их наработать, и врачи получают возможность заниматься своими прямыми обязанностями, не затрачивая чрезмерное количество времени на проговаривание всех возможных нюансов с пациентом.

Ну и наконец. Многие врачи и юристы убеждены в нецелесообразности, а иногда в недопустимости получения некоторыми тяжелобольными полной информации о состоянии своего здоровья. Но на мой взгляд важна цель права на информацию: обеспечение возможности правильного выбора медицинской услуги. Количество и характер информации в конечном счете должны определяться этой целью.

Список литературы:

1. Гецманова Ирина Васильевна Проблемы реализации права граждан на информацию в правоотношениях, связанных с оказанием медицинских услуг // ПЭМ. 2015. №3-4. .
2. Мограбян А.С. Актуальные проблемы в сфере оказания косметологических услуг: частноправовой аспект // Lex russica. 2018. N 10.
3. Муравьева Е.В. Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Ростов-на-Дону, 2004.
4. Старчиков М.Ю. Договор оказания медицинских услуг: правовая регламентация, рекомендации по составлению, судебная практика и типовые образцы. М.: Инфотропик Медиа, 2017.
5. Старчиков М.Ю. Юридически значимые медицинские документы: нормативные положения, типовые формы и судебная практика (справочное пособие с ситуационными задачами и ответами на них). М.: Инфотропик Медиа, 2018.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шамсутдинова Рушана Закировна

*кандидат юридических наук, доцент, заведующий
кафедрой гражданского и арбитражного процессов*

*ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал),*

г. Ижевск

TOPICAL ISSUES OF ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY FOR INADEQUATE PERFORMANCE OF PROFESSIONAL ACTIVITIES BY MEDICAL WORKERS

Shamsutdinova Rushana Zakirovna
Candidate of Law, head of the Department of Civil and arbitration proceedings
of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В данной статье речь идет об административной ответственности в сфере здравоохранения. Административное законодательство не предусматривает ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациента при ненадлежащем исполнении возложенных на медицинских работников профессиональных обязанностей.

Ключевые слова: Конституция; здравоохранение; административная ответственность; правонарушения.

ABSTRACT

This article deals with administrative responsibility in the field of healthcare. Administrative legislation does not provide for the responsibility of medical workers for causing harm to the patient's health in case of improper performance of professional duties assigned to medical workers.

Keywords: Constitution; health care; administrative responsibility; offense.

Согласно Конституции Российской Федерации, высшей ценностью признаются права и свободы человека, а их признание, соблюдение и защита вменяются в обязанность государству. К числу конституционно охраняемых и защищаемых ценностей относится право на охрану здоровья и медицинскую помощь, как неотъемлемое благо, принадлежащее человеку от рождения.

Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение соответствующих государственных гарантий являются основным принципом охраны здоровья. Гражданин вправе обратиться за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение. С данным правом корреспондирует обязанность медицинского работника, который "организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум".

На протяжении длительного периода времени проблема конфликтных взаимоотношений между врачами, медицинскими работниками и пациентами в связи с оказанием медицинской помощи фактически не обсуждалась в отечественной правовой литературе. Во многом это объясняется существовавшей долгие годы государственной, плановой системой оказания медицинской помощи, в рамках которой общественные отношения традиционно регулировались нормами публичного права, что не позволяло в полной мере защищать частные интересы пациентов [1].

В России с целью изучения распространенности случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг, сопровождающихся причинением вреда здоровью пациентов и привлечением врачей к юридической ответственности, проводились исследования многими известными юристами, специализирующимися в области медицинского права. В исследованиях, проведенных Ю.Д. Сергеевым в 2008 г., «уровень распространенности

ненадлежащего оказания медицинских услуг по результатам комплексного исследования составил 10,0%» (на 1480 случаев), исследования, проведенные Л.В. Канунниковой в 2016 г. среди 2180 респондентов г. Новосибирска, показали еще более удручающую картину: 20,5% случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг [2]. В целом же проблеме юридической ответственности медицинских работников за совершенные ими профессиональные правонарушения с каждым годом уделяется все больше и больше внимания. Стоит напомнить, что права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья определены главой 4 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» [3]. В научной медицинской литературе высказывалось мнение об отсутствии административной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения. Вместе с тем, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (далее - КоАП России) от 30.12.2001 № 195-ФЗ содержит ряд норм, предусматривающих ответственность, в том числе врачей-специалистов, за несоблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и неисполнение предусмотренных законом обязанностей. В случае несоблюдения данного требования виновные могут быть привлечены к административной ответственности, предусмотренной либо ст. 14.1 КоАП России (административное правонарушение в области предпринимательской деятельности), либо ст. 19.20 КоАП России (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии)). Однако, эти нормы носят общий характер и применяются в отношении всех субъектов предпринимательской деятельности [4].

Действующим административным законодательством не предусмотрена ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациента при ненадлежащем исполнении возложенных на медицинских работников профессиональных обязанностей. Законодатель в КоАП России не предусмотрел специальных норм, устанавливающих ответственность за ненадлежащее выполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. В КоАП России установлена ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством) лицами, не являющимися медицинскими работниками (глава 6 КоАП России, ст. 6.2). Несовершенство административного законодательства в области охраны здоровья граждан серьезно осложняет привлечение к административной ответственности медицинских работников за совершение последними профессиональных правонарушений. Взаимоотношения медицинского работника и пациента должны регламентироваться специальными правовыми нормами административного законодательства. В целях соблюдения конституционных прав и свобод пациентов государство обязано требовать от медицинских работников неукоснительного соблюдения правил и стандартов оказания медицинской помощи. Медицинские работники при оказании медицинской помощи должны строго соблюдать специальные правила, обусловленные их профессиональной деятельностью. Есть необходимость на законодательном уровне дифференцировать ответственность медицинских работников в сфере административно-правового регулирования.

Для решения этой задачи, Правительством Российской Федерации был разработан проект федерального закона № 1093620-6 "О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения" (в дальнейшем ФЗ - № 1093620-6), который предусматривает введение административной ответственности за нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья населения [5].

В качестве примера приведем содержание двух статей указанного законопроекта ФЗ № 1093620-6:

«Статья 6.34. Нарушение установленных порядков оказания медицинской помощи»

1. Нарушение порядков оказания медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, в части несоблюдения установленных ими обязательных требований -

влечет предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей; на индивидуальных предпринимателей - в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до трехсот тысяч рублей.

2. Действия (бездействие), предусмотренные частью 1 настоящей статьи, повлекшие причинение вреда жизни или здоровью граждан либо создавшие угрозу причинения вреда жизни или здоровью граждан, если эти действия (бездействие) не содержат уголовно наказуемого деяния, -

влекут наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на индивидуальных предпринимателей - от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц - от двухсот тысяч до четырехсот тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

«Статья 6.37. Нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья»

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, если эти действия не содержат признаков уголовно наказуемого деяния, -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей.

2. Взимание платы за оказание медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей.

3. Нарушение права гражданина на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных частью 1 статьи 6.32 настоящего Кодекса, -

влечет предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей; на юридических лиц - от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей.

4. Нарушение права гражданина на выбор в установленном законодательством Российской Федерации порядке врача и медицинской организации, получение информации о состоянии его здоровья - влечет предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей; на юридических лиц - от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей.

К сожалению, 4 июля 2018 года, Государственная Дума Российской Федерации во 2 чтении отклонила данный законопроект и вернула его на доработку в Правительство Российской Федерации.

Законопроект был отклонен по рекомендации Комитета Госдумы по государственному строительству и законодательству, который высказал ряд существенных замечаний по концепции законопроекта. В заключении Комитета указано, что размеры административных штрафов, предлагаемые новыми составами административных правонарушений, являются значительными и, следовательно, спорными. Авторами законопроекта не учтено, что у медицинских

учреждений, финансируемых за государственный счет, могут возникнуть трудности при выплате соответствующих штрафов, ввиду отсутствия источника их покрытия. Также в законопроекте принцип соразмерности штрафов не соблюден применительно практически ко всем вновь вводимым составам [6].

Таким образом, отсутствие в настоящее время предлагаемой проектом федерального закона № 1093620-6 административной ответственности в сфере охраны здоровья населения не позволяет в полной мере применять меры воздействия при выявлении в ходе проверок, проводимых должностными лицами Росздравнадзора, нарушений качества и безопасности медицинской деятельности. При этом выдача предписаний является недостаточно эффективной мерой воздействия для устранения нарушений в сфере здравоохранения [7], административная ответственность за которые предусматривалась названным законопроектом.

Полагаем, что назрела настоятельная необходимость в принятии при последующем обсуждении Государственной Думой Российской Федерации законопроекта федерального закона № 1093620-6 "О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения" с учетом рекомендаций Комитета Госдумы по государственному строительству и законодательству о пересмотре размера санкций в виде административных штрафов за совершенные правонарушения в области охраны здоровья населения.

Список литературы:

1. Административная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Режим доступа: <http://www.homfo.ru/stat/administrativnaya-otvetstvennost-meditsinskikh-rabotnikov-za-nenadlezhashchee-ispolnenie-professiona/> - заглавие с экрана.

2. Сергеева Ю.Д., Канунниковой Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения. Режим доступа: <http://rudocor.net> – заглавие с экрана.

3. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011. № 323-ФЗ // Рос.газ – 2011 - № 263.

4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001. N 195-ФЗ // Рос.газ. – 2001 - № 256.

5. Проект Федерального закона N 1093620-6 "О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения». Режим доступа: <http://www.consultant.ru> – заглавие с экрана.

6. Депутаты отклонили законопроект, усиливающий за нарушения в сфере здравоохранения (05 июля 2018г.) // [Лига защитников пациентов - общероссийская общественная организация. Режим доступа: http://ligap.ru/news/news_16090.html - заглавие с экрана.

7. Пустовалов А.Р. В сборнике: Пенитенциарная медицина в России и за рубежом сборник материалов международной межведомственной конференции. 2016. С. 101-106.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛЕДОВАТЕЛЕЙ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕКАЧЕСТВЕННЫМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шепелев Сергей Валерьевич

*заместитель руководителя отдела процессуального контроля Следственного
управления Следственного комитета Российской Федерации по Удмуртской Республике*

INTERACTION OF THE INVESTIGATORS OF THE INVESTIGATIVE COMMITTEE OF THE RUSSIAN FEDERATION AND FORENSIC MEDICAL EXPERTS IN THE INVESTIGATION OF CRIMES ASSOCIATED WITH THE SMOKING ASSISTANCE OF MEDICAL ASSISTANCE

Shepelev Sergey Valerievich

deputy head of the procedural control department of the Investigation Department of the Investigative Committee of the Russian Federation for the Udmurt Republic

АННОТАЦИЯ

В статье раскрывается правовой статус, компетенция судебно-медицинских экспертов, взаимодействие со следователями при расследовании преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Ключевые слова: некачественное оказание медицинской помощи, расследование, экспертиза, исследование, Следственный комитет, судебно-медицинский эксперт.

ABSTRACT

The article reveals the legal status, competence of forensic experts, and interaction with investigators in the investigation of crimes related to poor-quality medical care.

Keywords: poor quality medical care, investigation, examination, research, Investigative Committee, forensic expert.

Понятие «экспертиза» (эксперт от лат. *expertus* - знающий по опыту, опытный, испытанный, проверенный) используется в науке и практике для обозначения исследований, требующих использования специальных знаний. Результаты экспертизы получают опытным путем с использованием специального инструментария - экспертных методик.

В соответствии со статьей 12 Федерального закона № 73-ФЗ государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей. Заключение эксперта, в силу статьи 25 Федерального закона № 73-ФЗ [1], представляет собой оценку результатов исследований, обоснование и формулировку выводов по поставленным вопросам. УПК России определяет эксперта как лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное для производства судебной экспертизы и дачи заключения.

Содержание УПК России позволяет провести достаточно четкую грань между такими участниками процесса как эксперт и специалист. Лицо, состоящее в должности эксперта в государственном судебно-экспертном учреждении, первоначально может участвовать в осмотре места происшествия и трупа как специалист, затем, после назначения экспертизы, оно же участвует в этом же деле как эксперт при производстве экспертизы и при производстве иных следственных действий по ходатайству эксперта. Далее это лицо может быть допрошено в качестве эксперта по содержанию данного им заключения эксперта, что не препятствует допросу его и в качестве специалиста по вопросам, не относящимся к предмету экспертизы. В реальности эти виды уголовно-процессуальной деятельности необходимо различать, поскольку каждый из них нацелен на решение разных процессуальных задач.

Осмотр трупа следователем по определению предшествует назначению судебно-медицинской экспертизы, а значит, и появлению в деле такого процессуального участника, как эксперт, статус которого в ст. 57 УПК прямо привязан к назначению экспертизы. Термин «судебно-медицинский эксперт» употреблен в статье 178 УПК не в значении процессуального статуса, а в смысле названия должности специалиста - судебного медика. Диспозиция аналогичной нормы в УПК РСФСР 1960 г. (ч. 1 ст. 180 «Осмотр трупа»)

интерпретировалась по-другому: «Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения производит следователь в присутствии понятых и с участием врача-специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия - иного врача».

Использование в ст. 144 УПК словосочетания «исследование трупов» делает необходимым точное уяснение смысла такого исследования, которое будет производиться не самим следователем, а судебными медиками, привлекаемыми в качестве специалистов теперь уже не к участию в следственном действии, а к предусмотренной этой статьей проверке сообщения о преступлении. Требование следователя о проведении исследования трупа, обращенное в порядке ст. 144 УПК к любому специалисту в области судебной медицины и даже к любому врачу, независимо от места его работы и подчиненности по службе, является для этого специалиста обязательным и закрепляет за ним процессуальный статус специалиста в совокупности всех прав, обязанностей и ответственности, которые предусмотрены ст. 58 УПК с момента обращения к нему следователя. Проведенное исследование трупа и полученные по его результатам документы не подменяют собой, соответственно, судебно-медицинскую экспертизу трупа и заключение эксперта [2]. Назначение и производство судебно-медицинской экспертизы для установления причины смерти по возбужденному впоследствии уголовному делу является обязательным (п. 1 ст. 196 УПК), назначаться она должна будет как первоначальная, а производство ее не связано выводами и данными, содержащимися в документе, полученном до возбуждения уголовного дела.

В соответствии со статьей 74 УПК России доказательствами по уголовному делу являются любые сведения, на основе которых суд, прокурор, следователь, дознаватель устанавливают наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию при производстве по уголовному делу, а также иных обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела. Заключение эксперта - представленные в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу, или сторонами. Проверка доказательств производится следователем путем сопоставления их с другими доказательствами, имеющимися в уголовном деле. Особенность оценки заключения эксперта заключается в том, что эксперт - это лицо, которое обладает специальными знаниями. Оценку же производят такие субъекты, как следователь, прокурор и суд, т.е. лица, как правило, не обладающие необходимыми знаниями, касающимися предмета экспертизы, поэтому при оценивании полученного заключения на предмет достоверности испытывают затруднение. Каждое доказательство подлежит оценке с точки зрения относимости, допустимости, достоверности, а все собранные доказательства в совокупности - достаточности для разрешения уголовного дела.

С указанными характеристиками доказательства корреспондирует процедура экспертного анализа при производстве судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи. Экспертный анализ представляет собой интеллектуальную деятельность экспертов, направленную на исследование ситуации наступления неблагоприятного исхода лечения. Данная ситуация включает в себя совокупность общих и частных характеристик заболевания, уровень организации и условия осуществления лечебно-диагностического процесса, соответствие его критериям, установленным ведомственными нормативными актами. Резюмирующая составляющая экспертного анализа заключается в установлении причинной связи между действиями (бездействием) медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания, травмы.

Не вызывает сомнений, что комплексный системный подход к объекту экспертного исследования (факты обращения за медицинской помощью, процесс ее оказания, результаты медицинского вмешательства, проведение собственных исследований экспертами) презюмирует относимость, допустимость, достоверность заключения эксперта в качестве доказательства.

Для достижения этих целей экспертное заключение выстраивается в соответствии со следующим алгоритмом:

- выдвижение системы экспертных версий относительно причины неблагоприятного исхода заболевания;
- экспертный анализ заболевания;
- экспертный анализ организации и условий осуществления лечебно-диагностического процесса;
- экспертный анализ правильности, полноты, своевременности и адекватности лечебно-диагностического процесса;
- экспертный анализ результатов лечебно-диагностического процесса и признаков причинной связи.

При определении признаков причинной связи между действиями (бездействием) медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания (травмы) перед экспертом стоят следующие задачи:

- установление непосредственной причины смерти (неблагоприятного исхода);
- определение наличия или отсутствия признаков, на основе которых в комплексе со сведениями, содержащимися в иных, помимо заключения экспертов, доказательствах, следователь устанавливают наличие или отсутствие причинной связи между деяниями медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом лечения [3].

Проведенный опрос следователей следственного управления СК России по Удмуртской Республике показал, что последние указывают в качестве недостатка работы экспертных комиссий недостаточное использование в заключениях нормативных правовых актов, регламентирующих оказание медицинской помощи.

По нашему мнению, отказ экспертов от использования этой информации со ссылкой на выход за пределы компетенции не соответствует общей идее установления объективной истины: врач (в том числе и эксперт) обязан руководствоваться в лечебно-диагностическом процессе и нормативной правовой базой, и общепринятыми в медицине правилами ненормативного характера.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
2. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 21.12.2010 N 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам».
3. Захаров С.О. Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.О. Захаров. М., 2003. 23 с.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

***Шимкович Марина Николаевна**
кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры гражданского и
хозяйственного права Академии управления при Президенте
Республики Беларусь
г. Минск*

HEALTH AND MEDICAL INSURANCE: PROSPECTS FOR DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Shymkovich Marina Nikolaevna

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются вопросы правового регулирования медицинского страхования в Республике Беларусь. Существующая в настоящее время в Республике Беларусь система медицинского страхования включает две подсистемы: обязательное медицинское страхование иностранных граждан и добровольное страхование медицинских расходов. Автор обосновывает необходимость введения обязательного медицинского страхования в Республике Беларусь.

Ключевые слова: страхование, договор добровольного страхования медицинских расходов, обязательное медицинское страхование.

ABSTRACT

The article deals with the legal regulation of health insurance in the Republic of Belarus. The current system of medical insurance in the Republic of Belarus includes two subsystems: compulsory medical insurance for foreign citizens and voluntary insurance of medical expenses. The author substantiates the necessity of introduction of compulsory medical insurance in the Republic of Belarus.

Keywords: insurance, contract of voluntary insurance of medical expenses, compulsory medical insurance.

В каждой стране мира существует собственная модель здравоохранения со своими особенностями, определенными экономическими, политическими отношениями, особенностями национальных условий и исторического развития страны.

В настоящее время в Республике Беларусь существует государственно-бюджетная модель финансирования здравоохранения, однако уделяется значительное внимание и развитию медицинского страхования.

В Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 г. [1] в качестве направлений деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь называются:

- пересмотр механизма финансирования системы здравоохранения;
- расширение источников финансирования здравоохранения, включая систему добровольного страхования медицинских расходов.

Существующая в настоящее время в Республике Беларусь система медицинского страхования включает две подсистемы: обязательное медицинское страхование иностранных граждан и добровольное страхование медицинских расходов.

Система обязательного медицинского страхования иностранных граждан была введена в нашей стране с 1 октября 2000 г. Она распространяется на иностранных граждан, въезжающих на территорию Республики Беларусь. Договор страхования действует на территории Республики Беларусь в течение всего периода пребывания иностранного гражданина в стране, содержит перечень страховых случаев и предусматривает страховую сумму не менее 10000 евро. Наличие договора медицинского страхования может подтверждаться страховым полисом, страховой карточкой или иным документом, содержащим информацию о договоре медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование иностранных граждан позволяет медицинским учреждениям привлекать дополнительные средства, пополняя свой бюджет, также часть средств от взносов по обязательному медицинскому страхованию направляется в фонд предупредительных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь и используется для обновления лечебно-диагностической базы учреждений здравоохранения.

Основными нормативными правовыми актами в области обязательного медицинского страхования иностранных граждан являются Указ Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 г. № 530 «О страховой деятельности» [2]. Правовое регулирование добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь осуществляется Инструкцией о добровольном страховании медицинских расходов, которая утверждена постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 09.06.2005г. № 74 [3]. В Инструкции подробно рассмотрены объект страхования, договор добровольного страхования медицинских расходов; дано определение страхового случая по договорам добровольного страхования медицинских расходов; разъяснен порядок расчета страховой суммы, страховых взносов, а также закреплены права и обязанности страхователя, страховщика и застрахованного лица по договору добровольного страхования медицинских расходов и порядок определения размера и выплаты страхового обеспечения.

Также, для реализации целей и задач медицинского страхования был издан Приказ Министерства здравоохранения от 10.01.2012 г. № 15 «О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь», которым были утверждены Инструкция о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь и примерный договор на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов [4].

В целях повышения привлекательности добровольного медицинского страхования Указом Президента Республики Беларусь от 12.05.2005 г. № 219 «О страховых взносах по договорам добровольного страхования жизни, дополнительной пенсии и медицинских расходов, включаемых в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг)» установлено, что страховые взносы по договорам добровольного страхования медицинских расходов (при условии, что договоры заключены на срок не менее одного года), заключенным организациями-страхователями со страховыми организациями в пользу физических лиц, работающих в организациях-страхователях по трудовым договорам, включаются этими организациями-страхователями в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг), учитываемые при налогообложении [5].

Проблема реформирования системы здравоохранения в Республике Беларусь является достаточно острой. Практически единственным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет.

Однако, мы полагаем, что в современных условиях необходим принципиально новый подход к организации здравоохранения, гарантирующий право каждого гражданина на получение качественной медицинской помощи в должном объеме. Как показывает мировой опыт, переход к страховой медицине является необходимым условием в условиях современной экономики и развитием рынка медицинских услуг, так как он обеспечивает, во-первых, гарантированность и доступность высококачественных медицинских услуг для широких слоев населения; во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.

Страховая медицина как одна из форм общегосударственной защиты населения представляет собой определенную организационную систему медицинской помощи, основанную на методе страхования. Медицинское страхование на современном этапе в широком понимании – это новые экономические отношения в условиях рынка. Их суть в создании системы охраны здоровья и социального обеспечения, гарантирующей всем гражданам доступную квалифицированную медицинскую помощь независимо от социального положения и уровня доходов.

«По мнению экспертов ВОЗ, основными причинами перехода к страховой медицине являются:

- недостаточность финансирования здравоохранения;
- увеличение обращаемости за медицинской помощью (до 60 %) при «бесплатном» здравоохранении;

- возрастание объема и стоимости медицинских услуг параллельно росту числа врачей;
- дефицит квалифицированной медицинской помощи;
- расцвет «теневой» экономики в медицине;
- сверхцентрализация и монополизация финансирования и управления здравоохранением» [4].

Медицинское страхование является формой защиты интересов населения в охране здоровья. Его цель – обеспечение гарантий гражданам при возникновении страхового случая в получении медицинской помощи за счет накопленных средств, а также финансирование профилактики заболеваний. Роль медицинского страхования заключается в том, что за счет накопленных средств всем гражданам предоставляется доступная квалифицированная медицинская помощь независимо от социального положения и уровня доходов.

Необходимость введения обязательного медицинского страхования обусловлена рядом факторов:

Во-первых, в условиях рыночной экономики становятся актуальными вопросы социальной защиты населения, в том числе в сфере медицинского обслуживания.

Во-вторых, усиливающееся расслоение общества приводит к появлению социального неравенства в области медицинского обслуживания. Граждане с высоким уровнем доходов могут позволить себе медицинскую помощь на высоком уровне, а малообеспеченная категория граждан такой возможности не имеет. Медицинское страхование позволяет преодолевать неравенство социальных позиций, застрахованных и обеспечивать равный доступ всех к любым медицинским услугам.

В-третьих, введение обязательного медицинского страхования имеет экономическую значимость, касающуюся «притока» и перераспределения финансовых ресурсов в здравоохранении. Невысокая доля финансовых отчислений на здравоохранение затрудняет решение стратегических задач медицины. Практика обязательного медицинского страхования «берет на себя» часть финансовых проблем и позволяет не только обеспечивать доступную, качественную медицинскую помощь застрахованным, но и самой системе здравоохранения выжить и ориентироваться на дальнейшее развитие. В том числе и повысить оплату труда медицинских работников.

С помощью страховой медицины должны быть решены следующие задачи: изыскание дополнительных ресурсов и достижение адресности выделяемых для служб здравоохранения средств.

Изменения в организации и финансировании здравоохранения широко и повсеместно обсуждаются во многих странах, а некоторые из них уже перестраивают свои медицинские системы.

В отличие от Республики Беларусь, после распада СССР Российская Федерация усовершенствовала свою систему здравоохранения и имплементировала изменения с учетом передового международного опыта в этой сфере. Одним из таких принципиально новых подходов стало внедрение обязательного медицинского страхования населения. Являясь составной частью государственного социального страхования, обязательное медицинское страхование обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного страхования.

Интересен как положительный пример оперативного внедрения современного механизма страхования с учетом собственных особенностей опыт Китая. В данном государстве в качестве базовой модели была использована «западная» модель медицинского страхования с одновременным учетом местных проблематики и специфики. В итоге была создана хорошо зарекомендовавшая себя система медицинского страхования.

В современных условиях необходим принципиально новый подход к организации здравоохранения в Республике Беларусь, гарантирующий право каждого гражданина на получение качественной медицинской помощи в должном объеме. Данную проблему может

решить введение обязательного медицинского страхования, необходимость введения которого определяется рядом экономических и социальных факторов.

Список литературы:

1. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 г. // Экономический бюллетень Научно-исследовательского экономического института Министерства экономики Республики Беларусь. – 2015. – № 4. – 99 с.

2 О страховой деятельности [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 26 авг. 2006 г., № 530: в ред. Указа Президента Респ. Беларусь от 20.01.2017 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

3. Об утверждении Инструкции о добровольном страховании медицинских расходов [Электронный ресурс]: постановление Министерства финансов Респ. Беларусь, 9 июня 2005 г., № 74: в ред. постановления Министерства финансов Респ. Беларусь от 25.06.2014 г. № 43 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

4. О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 10 янв. 2012 г., № 15 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

5. О страховых взносах, включаемых в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг), и порядке создания государственными страховыми организациями фондов предупредительных (превентивных) мероприятий за счет отчислений от страховых взносов по договорам добровольного страхования жизни, дополнительной пенсии и медицинских расходов [Электронный ресурс]: Указ Президента Республики Беларусь, 12 мая 2005 г., № 219: в ред. Указа Президента Респ. Беларусь от 20.08.2015 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

6. Пилипевич, Н.Н., Павлович Т.П. Медицинское страхование: исходные понятия, основные цели и принципы // Медицинский вестник. – 2009. – № 2. – С. 10-15.

ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Щенина Татьяна Евгеньевна
кандидат юридических наук, Заслуженный работник
народного образования Удмуртской Республики,
доцент Глазовского государственного педагогического
института им. В. Г. Короленко,
г. Глазов

CONSUMER PROTECTION IN THE SPHERE OF RENDERING MEDICAL SERVICES: QUESTIONS OF THE THEORY AND PRACTICE

Shchenina Tatyana Evgenyevna
Candidate of Law, Honoured worker
National education of the Udmurt Republic,
dotsent Glazovsky state pedagogical
Institute of V.G. Korolenko, Glazov

АННОТАЦИЯ:

Статья посвящена выявлению проблем теории и практики законодательного регулирования защиты прав потребителей в сфере оказания медицинских услуг. Введение принципа платности медицинских услуг, которые Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения выявила в Удмуртской Республике, проведя комплексную проверку деятельности Министерства здравоохранения.

Ключевые слова: защита прав потребителей, медицинские услуги, заказчик, исполнитель.

ABSTRACT

Article is devoted to identification of problems of the theory and practice of legislative regulation of consumer protection in the sphere of rendering medical services. Introduction of the principle of availability at a price of medical services which the Federal Service for Surveillance in Healthcare revealed in the Udmurt Republic, having carried out a complex inspection of activity of the Ministry of Health.

Keywords: consumer protection, medical services, customer, performer.

Важным показателем уровня социально-экономического развития любой страны и индикатором качества жизни ее граждан является средняя продолжительность жизни граждан, при этом продолжительность жизни человека определяется не только его биологическими показателями, но и уровнем и доступностью медицинской помощи.

Потребитель должен быть законодательно наделен совокупностью прав и гарантий их реализации, а основными правами потребителей медицинских услуг являются: право на просвещение в области защиты прав потребителей, право на получение услуги надлежащего качества, право на безопасность услуги, право на информацию об исполнителе и об услугах, недопустимость включения в договор условий, ущемляющих права потребителя, право на компенсацию морального вреда [1, С.223-224.].

Ключевые моменты, которые касаются договора возмездного оказания услуг, включая и медицинские услуги, нашли своё отражение в статьях 779 – 783 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее - ГК РФ), но, многие положения главы 39 ГК РФ и положения иных нормативных правовых актов, регулирующих общественные отношения в сфере оказания медицинских услуг, в том числе и защиты прав потребителей этих услуг вызывают немало вопросов, нуждающихся в обсуждении и решении [5].

Например, проблемы, вытекающие из формулировки нормы статьи 782 ГК РФ: об одностороннем отказе от исполнения договора возмездного оказания услуг [5]. Все, что касается потребителя (пациента, заказчика), то его право на отказ от договора в одностороннем порядке, не вызывает никаких вопросов, поскольку предоставленное ему право отказаться от медицинской помощи, вмешательства и прочего рода медицинских услуг, это вполне логично и обоснованно, это есть реализация конституционного права гражданина на жизнь, здоровье, личную неприкосновенность и свободное распоряжение этими благами.

А вот предоставления исполнителю подобного права на отказ от исполнения условий договора оказания медицинских услуг в одностороннем порядке, считаем ошибочным, поскольку речь идёт о жизни и здоровье человека, об оказании ему медицинской помощи и предоставленное право одностороннего отказа исполнителя от оказания медицинской услуги может не просто нарушить интересы потребителя (пациента), а причинить вред его здоровью или даже лишить его жизни.

Несмотря на принимаемые меры, в России по-прежнему нарушаются права сотен тысяч граждан – потребителей медицинских услуг. В качестве основных причин нарушений прав потребителей медицинских услуг выделяем: неудовлетворительную организацию оказания таких услуг; недостаточную квалификацию части медицинского и фармацевтического персонала [3, С.293-296].

Вопиющий факт дискриминации - введение принципа платности медицинских услуг, которые Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения выявила в Удмуртской Республике, проведя комплексную проверку деятельности Министерства здравоохранения. Клиники штрафовали за отказ предоставить бесплатное УЗИ беременным, использование парфюмерно-косметической продукции с нарушениями регламента таможенного союза, а также за то, что в договоре на оказание платных услуг были прописаны условия, ущемляющие права потребителей [7].

О том, что это за условия, не говорится. Клиники брали дополнительную плату за то, чтобы записать результаты флюорографии пациентов на диск пациента, что также является нарушением их прав. На сайтах медицинских организаций и на стендах-стойках отсутствовала вся необходимая и достоверная информация, предусмотренная законом о защите прав потребителей и правилами предоставления платных медицинских услуг. Всего было зафиксировано 79 нарушений.

Специалисты ТО в поселке Игра Управления Роспотребнадзора по Удмуртской Республике при проведении плановой выездной проверки БУЗ УР «Красногорская РБ МЗ УР», выявили нарушение п. 2, 3 ст. 16 Закона № 2300-1 «О защите прав потребителей»: при оказании платных медицинских услуг БУЗ УР «Красногорская РБ МЗ УР» в договоры на предоставлении платных медицинских услуг на получение медицинских справок о допуске к управлению транспортным средством включены условия, ущемляющие установленные законодательством Российской Федерации права потребителей [8].

При этом необходимость их сдачи и прохождения установлена самим учреждением без возможности потребителя отказаться от медицинских услуг, не являющихся обязательными для получения этой справки. Так, согласно расчету стоимости медосмотра, на получение медицинских справок о допуске к управлению транспортным средством, тарифам на платные медицинские услуги, оказываемые учреждением с 01.12.2014 г., в стоимость единой услуги входит: осмотр окулиста, отоларинголога, терапевта, психиатра-нарколога, психиатра, хирурга, невролога, дерматовенеролога, профпатолога, акушера-гинеколога (для женщин), сдача анализа крови с формулой, полного анализа мочи, анализа крови на сахар, холестерин, RW, электрокардиограммы, мазка на ГН (для женщин).

В рамках действующего законодательства Российской Федерации приведенный перечень специалистов является исчерпывающим и не подлежит расширительному толкованию, что произошло в данном случае. При таких обстоятельствах вышеназванное условие ущемляет установленные законом права потребителей. БУЗ УР «Красногорская РБ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» привлечено к ответственности по ст. 14.8 ч.2 КоАП России. Назначено наказание в виде штрафа в сумме 1000000 рублей. Постановление вступило в законную силу.

Кроме того, отдельные положения Территориальной программы государственных гарантий на 2018 год создают условия для нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья и потенциально способствуют подмене оказания бесплатных услуг платными: превышены сроки ожидания оказания специализированной помощи до трех месяцев при КТ, МРТ, ангиографии.

В 10 районах Удмуртии отсутствуют специализированные койки для лечения пациентов с ОНМК и ОКС и не организована маршрутизация данных пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. В регионе выявлен дефицит реанимационных неонатальных коек, транспортных кузовов, реанимобилей для транспортировки и своевременного оказания медицинской помощи новорожденным детям. Министерство осуществляет недостаточный контроль за проведением диспансеризации детей - сирот, в том числе детей - инвалидов, а также за последующим оказанием качественной медицинской помощи данной категории детей. Ожидать надлежащего оказания медицинских услуг от лиц, осуществляющих свою основную деятельность, с отклонениями от нормативных требований, наверное, все же не вполне оправданно [8].

По данным Росздравнадзора России свыше 38 % выявленных нарушений квалифицированы в материалах проверок как «представляющие непосредственную угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан». Наиболее заметным проявлением недостатка квалификации у медиков или фармацевтов ошеломляющее количество ежегодно выявляемых «врачебных» ошибок. Тревогу в связи с непрекращающимся их ростом забил Следственный комитет Российской Федерации (далее – СК РФ), посвятивший заседание одной из своих осенних коллегий проблематике некачественного оказания медицинской помощи [9]. Озвученные в ходе мероприятия цифры повергают в шок: только за первую половину 2018 году в следственные органы СК РФ поступило более 2,5 000 сообщений о случаях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Необходимо также остановиться на соблюдении прав получателей платных медицинских услуг, порядок оказания которых с относительно недавнего времени строго регламентирован. Несмотря на в общем то здравые ожидания, платность услуги, на практике далеко не всегда отождествляется с ее своевременностью и качеством.

Не менее значимая проблема вытекает из нормы п. 2 статьи 782 ГК России, согласно этой норме, исполнитель имеет право отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг, только при условии полного возмещения убытков заказчику [5]. Но, не указано время, либо его пределы, в течении которого исполнитель может реализовать предоставленное ему право. Следовательно, реализовать это право исполнитель договора оказания медицинской услуги может только до начала определённого договором срока исполнения этой услуги, поскольку, если отказ будет заявлен исполнителем после наступления срока исполнения договора, или же, после начала исполнения медицинской услуги, этот отказ должен быть рассмотрен, как незаконное поведение исполнителя (должника), и соответственно, сопровождаться привлечением его к ответственности, согласно нормам Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» [6].

О причине, по которой законодатель не уточнил время или его пределы в течении которого исполнитель договора оказания медицинских услуг вправе отказаться от исполнения его условий, остаётся только догадываться. Наиболее распространённым нарушением договора оказания медицинских услуг является отсутствие в договоре условия о сроках получения платных медицинских услуг, что в случае нарушения требования о сроке оказания медицинских услуг потребитель вправе по своему выбору воспользоваться правами, предусмотренными общими положениями законодательства о защите прав потребителей [4, С.41-426].

Актуальным является вопрос о сроках обращения потребителя (заказчика, пациента) в суд для защиты своих прав, в случае оказания ему медицинской услуги ненадлежащего качества. В соответствии с гражданским законодательством применительно к договору такого рода, срок исковой давности составляет 3 года. Учитывая особенность оказания медицинских услуг, соблюдение этого требования зачастую вызывает определённые трудности (потребители по договору оказания медицинской услуги нередко пропускают этот срок, а это основание для отказа исковых требований). Указанный факт обуславливается возможностью проявления факта оказания некачественной медицинской услуги уже по истечении 3 лет [2, С.125-128.].

Вызывает вопрос и возможность применения к общественным отношениям в сфере оказания медицинских услуг положения статьи 780 ГК России. Согласно указанной норме - исполнитель обязан оказать услуги лично, учитывая, что в договоре об оказании медицинской услуги в лице исполнителя выступает медицинская организация, однако, непосредственным субъектом исполнения услуги является конкретный медицинский специалист, врач или другой медицинский работник, который стороной договора не является [5].

В современных условиях именно договорный порядок регулирования отношений по оказанию медицинских услуг призван, в надлежащей степени защитить права их

потребителей. В связи с этим назрела целесообразность законодательного закрепления типовых форм договора оказания медицинских услуг, с установлением рамочных требований для исполнителей и потребителей таких услуг.

Мы хотели бы предложить, как новую возможность в решении поднятой проблемы, ввести в обязательную школьную учебную программу курс по выбору «Я - потребитель». Этот курс начинался бы у школьников в тот момент, когда они уже напрямую начинают сталкиваться с потреблением товаров и услуг, где для удовлетворения полностью своих потребностей в соответствии со своими правами потребителя необходимо знание своих прав, и основных моментов Закона о защите прав потребителя.

Считаем, что наиболее распространенным нарушением договора оказания медицинских услуг является отсутствие в договоре условий о сроках получения платных медицинских услуг, а в случае нарушения требования о сроке оказания медицинских услуг потребитель вправе по своему выбору воспользоваться правами, предусмотренными общими положениями законодательства о защите прав потребителей.

Полагаем, что поскольку любое промедление оказания услуги может привести к необратимым последствиям, наиболее надежным способом защиты будет выступать право лица не просто отказаться от договора, а потребовать возмещения убытков в полном объеме.

Список литературы:

1. Абесалашвили, М. З. Проблемы правового регулирования договора оказания медицинских услуг // Вестник Адыгейского государственного университета, 2015. – № 3. – С. 223 - 227.
2. Дугишов, М. С. Проблемы правового регулирования оказания медицинских услуг и пути по совершенствованию законодательства России, ТДР, 2015. – № 4. – С. 125 - 128.
3. Кириченко, Д.Ф. К вопросу о правовой природе медицинских услуг // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. № 8, 2010. - С. 293-296.
4. Кириченко, Д.Ф. Недействительность условий договора оказания медицинских услуг: проблемы практического применения. // Юрист & Экономист, № 1, 2010. –С.41-42.
5. Федеральный закон от 26.01.1996 N 15-ФЗ (ред. от 09.04.2009) «О введении в действие части второй Гражданского кодекса Российской Федерации» // <http://www.consultant.ru/cons> // режим доступа (24.02.2019).
6. Закон Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 29.07.2018) «О защите прав потребителей» // <http://www.consultant.ru/cons> // режим доступа (24.02.2019).
7. URL: <http://izhlife.ru/medicine/66646-rospotrebnadzor-udmurtii-rasskazal-o-tom-kak-chastnye-kliniki-narushayu-prava-pacientov.html> // режим доступа (20.02.2019)
8. URL: <http://www.insur-info.ru/press/110434/> // режим доступа (20.02.2019)
9. URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/files> // режим доступа (20.02.2019)

ПРАВО НА КАЧЕСТВО ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ОБЯЗАННОСТЕЙ

*Щёголева Елена Анатольевна
Заместитель главного врача по
организационно-методической работе
АУЗ УР «РСП Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»,
г. Ижевск*

RIGHT ON QUALITY THROUGH PRISM of DUTIES

*Schegoleva Elena Anatolyevna
Deputy Chief Medical Officer*

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются основные обязанности пациентов, выступающих в роли потребителей медицинских услуг. Комплаентность пациентов, добросовестность (ожидаемость) действий с их стороны влияет на качество оказываемой медицинской помощи. Исполнение пациентом своих обязанностей должно учитываться при оценке качества оказанной медицинской помощи.

Ключевые слова: ответственность, обязанности, пациент, потребитель, медицинская организация, медицинские услуги, качество медицинской помощи.

ABSTRACT

The article discusses the main responsibilities of patients acting as consumers of medical services. Patient compliance, integrity (expectation) of actions on their part affects the quality of medical care provided. The fulfillment by the patient of his or her duties must be taken into account when assessing the quality of medical care provided.

Keywords: responsibility, duties, patient, consumer, medical organization, medical services, quality of medical care.

К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, как на платной основе, так и в рамках добровольного, либо обязательного медицинского страхования наряду с законодательством сферы здравоохранения применяется законодательство о защите прав потребителей [5].

В процессе оказания медицинской помощи права пациента как потребителя связываются с правом на безопасность (ст. 7 Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей" (далее - Закон о защите прав потребителей либо Закон)) и правом на качество (ст. 4 указанного Закона) медицинских услуг.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) в п. 21 ст.2 определяет качество медицинской помощи как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Качество медицинской помощи согласно ст. 10 Закона № 323-ФЗ обеспечивается различными мерами, в том числе определенным уровнем квалификации работников исполнителя, использованием порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, предоставлением исполнителем определенного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Медицинская организация несёт ответственность не только за предоставление надлежащей информации об оказываемой медицинской услуге, возможных последствиях при ее оказании, либо отказе от её получения, но и за качество и безопасность предоставляемых медицинских услуг. И, несмотря на то, что отношение к своему здоровью – личное дело каждого, низкая комплаентность (приверженность лечению) пациента имеет существенные негативные последствия для медицинской организации.

Например, в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 1 декабря 2010 г (с изменениями от 22 февраля 2017 г) "Об утверждении Порядка об организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию", приложение № 8 "Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), пункт 3.5:

"Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова" [3].

Возможно ли, медицинской организации в одностороннем порядке обеспечить своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, достижение запланированного результата без добросовестных (ожидаемых действий) со стороны пациента - потребителя медицинской услуги?

Переход от патерналистской модели взаимоотношения врач-пациент к коллегиальной (партнерской) модели обязал врача учитывать мнение пациента по поводу предстоящего медицинского вмешательства. Оказание медицинской услуги может быть проведено с применением различных методик. После получения необходимой и достоверной информации выбор остается за пациентом. Врач, в первую очередь, должен нести ответственность за применение, исполнение технологии медицинской услуги.

Базовые обязанности любого гражданина - как заказчика, потребителя услуги в нашей стране предусмотрены Гражданским кодексом Российской Федерации (далее - ГК РФ). На пациенте лежат обязанности, без выполнения которых исполнитель просто не может оказать медицинскую услугу (так называемое встречное исполнение обязательств - ст. 328 ГК РФ). Медицинская помощь пациенту может быть оказана, за небольшим исключением, только после дачи информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство. Можно считать, что подписание информированного добровольного согласия – это обязанность пациента, однако Закон № 323-ФЗ не наделяет пациента такой обязанностью. Необходимость подписать «Информированное добровольное согласие» нередко вызывает у пациентов недоумение и даже раздражение, однако, без этого документа врач просто не имеет права оказывать медицинскую помощь. Кто понесет ответственность, если в случае отказа подписать ИДС, медицинская помощь будет оказана пациенту несвоевременно?

Еще одна обязанность пациента как потребителя – предоставить информацию, необходимую для постановки диагноза, получения сведений о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях и т.п. Обязанность предоставление такого рода информации происходит до начала оказания медицинской помощи и сохраняется за пациентом на протяжении всего лечения для оценки динамики развития заболевания.

Статья 36 Закона о защите прав потребителей устанавливает обязанность проинформировать потребителя о возможности наступления негативных последствий в случае выполнения работы в том виде, в каком это предполагается при заключении договора. Если исполнитель исполняет данную обязанность, то у него появляется возможность избежать ответственности за снижение качества или просрочку исполнения работы или услуги.

Данная правовая норма нашла своё отражение в п. 15 Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Кроме того, отсутствие в первичной медицинской документации пациента платного приема указанного уведомления, оформленного в письменной форме и заверенного подписью пациента, квалифицируется как административное правонарушение по части 1 статьи 14.5 КоАП России.

Одной из новелл Закона № 323-ФЗ стала статья 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья»:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством, должны проходить медицинские осмотры. Категории людей для прохождения медосмотров прописаны в разных нормативных актах: Статьях 76 и 213 российского Трудового кодекса. ФЗ №273 (версия 2012 года), ст. 48 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ст. 4.1 Закона Российской Федерации от 26.06.1992 № 3132-1 «О статусе судей в Российской Федерации», ст. 28 Федерального закона от 26.03.2003 № 35-ФЗ «Об электроэнергетике» и других. И если обязанное лицо отказывается от прохождения медосмотров, оно не допускается к работе. Граждане, страдающие опасными для других заболеваниями должны обследоваться и лечиться, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Постановление Правительства № 715 от 01.12.2004 ввело в действие перечень из 15 заболеваний, признанных социально-опасными, среди которых: ВИЧ, Туберкулез, Гепатиты В и С, Дифтерии. Лечение данных заболеваний обязательно.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Хочется обратить внимание на пункт 3 - граждане ОБЯЗАНЫ соблюдать режим лечения. Именно обязаны соблюдать лечение, а не решать по своему усмотрению: принимать или не принимать назначенные лекарственные препараты, в какой дозировке и на протяжении какого периода, придти на назначенный плановый приём или нет, т.е. действовать добросовестно (ожидаемо) для врача.

Необходимо доносить до пациентов, что нарушение режима лечения, пропуск назначенных явок на прием, неисполнения назначений и рекомендаций врача может снизить качество оказываемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации утверждаются внутренними актами медицинской организации (приказами, распоряжениями и т.д.). Правила внутреннего распорядка для больных, находящихся на излечении в городских больницах были утверждены Наркомздравом СССР 11 ноября 1948 г. и, несомненно, устарели, но могут быть взяты за основу внутреннего локального нормативного акта. Как видим, изначально данные правила предусматривались только для стационарного лечения.

Защита нарушенного права на оказание медицинской помощи надлежащего качества осуществляется в т. ч. посредством компенсации морального вреда. [3]

При обращении пациента в суд несоблюдение им предусмотренных законом обязанностей может привести к отказу в удовлетворении заявленных требований. Представитель медицинской организации должен проявить процессуальную инициативу для исследования в суде всех обстоятельств, связанных с оказанием медицинской помощи, включая поведение самого пациента. Особую важность в этом случае будет иметь медицинская документация, ведение которой должно осуществляться в максимально полном объеме (например, указание в карте на систематические неявки пациента на назначенные врачом приемы может послужить одним из доказательств по делу).

В случае неисполнения пациентом рекомендаций врачей (если данный факт доказан надлежащим образом) у суда есть все основания для снижения размера компенсации морального вреда в соответствии с ч. 2 ст. 1083 ГК РФ (если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или увеличению вреда, размер возмещения должен быть уменьшен).

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 1 декабря 2010 г (с изменениями от 22 февраля 2017 г) "Об утверждении Порядка об организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"
5. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 № 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей" www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/
6. Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»
7. Правила внутреннего распорядка для больных, находящихся на излечении в городских больницах (утв. Наркомздравом СССР 11 ноября 1948 г.)

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ЗАВЕЩАТЕЛЬНОГО ДОКУМЕНТА

Абрарова Рита Фанисовна
студент юридического факультета
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

SOME PROBLEMS OF LEGISLATION ON THE PROVISION OF MENTAL HEALTH CARE WHEN DRAFTING A TESTAMENTARY DOCUMENT

Abbarova Rita Fanisovna
student of 1 course of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассмотрены проблемы законодательства об оказании медицинской психиатрической помощи при составлении завещательного документа. Проанализированы требования и характерные особенности составления завещания, в частности людьми старческого возраста. Выявлена и обоснована необходимость внесения изменений и дополнений в действующее законодательство. На основе проведенного исследования автором предлагается сделать обязательным медицинское заключение о дееспособности составителя завещательного документа и последующее предоставление данной медицинской справки нотариусу.

Ключевые слова: завещательный документ, наследство, медицинская психиатрическая экспертиза, справка о дееспособности старческий возраст, недееспособность, нотариус, законодательство, суд.

ABSTRACT

In this article are considered problems of legislation on the provision of mental health care when drafting a testamentary document. Requirements and features of the will that is made by people of senile age were analysed. Need of modification and additions in the current legislation was revealed and proved. On the basis of the conducted research the author offers to make obligatory the medical certificate about capacity of the author of the testamentary document and the subsequent providing this medical certificate to the notary.

Keywords: testamentary document, inheritance, medical psychiatric examination, certificate of capacity, senile age, incapacity, notary, legislation, court.

Вступление в наследство состоит в реализации ряда предусмотренных гражданским правом действий, выражающих действительное намерение наследников стать настоящими, законными правопреемниками положенного им по завещательному документу имущества или причитающегося согласно закону [1]. Завещательный документ (завещание) играет большую роль в процедуре получения наследства, так как выражает волю завещателя, однако ряд недостатков в законодательных актах порождает ситуации, нарушающие данное намерение. Одной из множества проблем является слабая доказательная база в отношении лиц старческого возраста на наличии у них недееспособности при условии, что ранее она не была выявлена и документально зафиксирована.

Для того чтобы составить завещание у нотариуса, необходимо предоставить пакет документов, который включает в себя паспорт завещателя, список наследников и документы на имущество о праве собственности [2]. Законодательством не предусмотрено обязательного предоставления справки о дееспособности при оформлении доверенности лицом. Но нотариус, при наличии у него сомнений в дееспособности гражданина, имеет право отказать в совершении нотариальных действий либо запросить дополнительную документацию, подтверждающую дееспособность гражданина [3]. Стоит обратить внимание на факт отсутствия в законе четких критериев, позволяющих нотариусу определить недееспособность гражданина [4], это может привести к некомпетентности в его работе или породить коррупционные намерения. Так, например, уходит из жизни человек в возрасте 87 лет. За год до смерти он подписывает завещание, по которому все имущество достается одной из двух дочерей. Официальных документов о его недееспособности нет, однако окружающие люди (включая дочь, которая получила наследство) знали о его «старческом маразме» (необходимо отметить, что завещатель перенес 3 инсульта и клиническую смерть). Позже выяснилось, что для составления завещания старика подняли с больничной койки и насильно привезли к нотариусу, где под давлением родственников было подписано завещание. В силу знакомства нотариуса и дочери, получившей наследство, удалось обойти факт явной недееспособности гражданина и составить завещание, которое было признано действительным. Согласно юридической практике [5], в этом случае необходимо обратиться в суд, который назначит проведение медицинской экспертизы на признание лица недееспособным. Однако дочь, получившая наследство может влиять на работников поликлиники, следовательно, документация и показания врачей будут свидетельствовать о дееспособности 87-го гражданина. Помимо последствий коррупционного действия нотариуса, следует подчеркнуть дальнейшие тяготы в процессе доказательства недееспособности гражданина и признании завещания недействительным. Также большое значение имеет морально-нравственная составляющая, в силу которой не многие могут или хотят доводить дело до конца.

Второй аналогичный пример: женщина в возрасте 83 лет тайно от сына составляет завещание, согласно которому все имущество доставалось ее соседке. Документов о недееспособности гражданки не было, свидетели утверждали, что пенсионерка в последние месяцы своей жизни вела себя адекватно, была приветливой и спокойной. После смерти матери и открытия завещания, соседкой был предоставлен видеоматериал, в котором 83-няя женщина плохо отзывалась о сыне, утверждая, что он является недостойным наследником,

так как не заботился о ней и требовал деньги. Мужчина был настолько шокирован данным заявлением, что не стал оспаривать завещание. Спустя 5 лет выяснилось, что соседка намеренно настраивала мать против сына и по неизвестным причинам, пенсионерка соглашалась с ней (выписка из амбулаторной карты свидетельствует о том женщина за 4 месяца до смерти перенесла инсульт).

К сожалению, подобных ситуаций достаточно много, и они нуждаются в регулировании не только со стороны права, но и со стороны медицины, поскольку их взаимодействие будет способствовать более эффективному решению проблемы. Во-первых, необходимо сделать обязательной справку о дееспособности лица при составлении завещания, - внести изменения и дополнения в статью 43 «Основы законодательства Российской Федерации о нотариате» (утв. Верховного Совета Российской Федерации 11.02.1993 № 2262-1) (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.02.2019). Во-вторых, на данный момент медициной недееспособность признается либо при выдаче групп инвалидности, либо при психическом расстройстве, а в случае «старческого маразма» это делается через суд. Чтобы упростить процедуру, в качестве одного из вариантов решения можно ввести обязательное ежегодное медицинское обследование на предмет определения недееспособности граждан, достигших возраста 80 лет. Оно может быть полным соответствием обследования, проводимым в настоящее время, либо ее аналогом. Важно, чтобы проводимая процедура являлась качественной со стороны медицины, и защищенной со стороны права. Для этого необходимо внести изменения в статью 4 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Также следует обратить внимание на сложности при проведении посмертной психиатрической экспертизы. Мнение специалиста в таком случае формируется на основе письменных показаний и иных данных[6]. Они могут быть необъективными, что, в свою очередь, скажется на результатах исследования. Зачастую предоставляемые медицинские материалы содержат только общие характеристики, не несущие особой смысловой нагрузки. В прижизненных заключениях врачей присутствуют, как правило, только диагнозы. При этом в документации отсутствуют достоверные вероятные причины их появления. Посмертная психиатрическая экспертиза также может осложняться наличием противоречий в свидетельских показаниях и врачебных заключениях. Немаловажное значение имеет и недостаточная развитость методов исследования.

Таким образом, следует дополнить статью 4 закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и ввести обязательное медицинское заключение о дееспособности составителя завещательного документа, соответственно дополнить в статью 43 «Основы законодательства Российской Федерации о нотариате» (утв. Верховного Совета Российской Федерации 11.02.1993 № 2262-1) (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.02.2019)) об обязательном предоставлении его нотариусу медицинской справки о дееспособности лица.

Список литературы:

1. Порядок вступления в наследство. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.bequest-expert.ru> (дата обращения 02.02.2019).
2. Пакет документов для заверения завещания. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://sovetaadvokatov.ru> (дата обращения 04.03.2019)
3. Справка не является обязательным документом. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://pravoved.ru> (дата обращения 04.03.2019)
4. Определение дееспособности нотариусом. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://nasledstvo-ru.ru> (дата обращения 05.03.2019)

5. Как проверяется дееспособность завещателя. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://nasledstvo-ru.ru> (дата обращения 05.03.2019)
6. Калугина Н.Г., Хайердинов Ф.Х. Защита прав человека в уголовном процессе с применением полиграфа Восточно-Европейский научный вестник. 2015. № 1. С. 82-85.
7. «Основы законодательства Российской Федерации о нотариате» (утв. Верховного Совета Российской Федерации 11.02.1993 № 4462-1) (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.02.2019) Статья 43. Проверка дееспособности граждан, правоспособности юридических лиц, а также полномочий на совершение нотариального действия. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 07.03.2019)
8. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 08.03.2019)

К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИИ УСТАНОВЛЕННЫХ ПРАВИЛ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Алексеева Анна Андреевна

студент юридического факультета

*ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)*

г. Ижевск

TO THE QUESTION ABOUT VIOLATION OF THE ESTABLISHED RULES IN THE SPHERE OF THE TREATMENT OF MEDICAL PRODUCTS

Alekseeva Anna Andreevna

*student of 1 course of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

В статье проанализированы причины проблем и сложностей обеспечения прав граждан в части применения медицинских изделий при оказании медицинской помощи. Рассмотрены административная ответственность за нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий (ст.6.28 КоАП). Предложены меры, которые позволят обеспечить совершенствование работы по соблюдению прав граждан при применении медицинских изделий в медицинской организации, а также работы по мониторингу безопасности медицинских изделий.

Ключевые слова: обеспечение прав граждан, медицинская помощь, медицинские изделия, административная ответственность.

ABSTRACT

The article analyzes the causes of problems and difficulties in ensuring the rights of citizens in the application of medical devices in the provision of medical care. The administrative responsibility for violation of established rules in the sphere of medical devices circulation is considered (Article 6.28 of the Code of Administrative Offenses). Proposed measures that will ensure the improvement of work on the observance of the rights of citizens in the application of medical devices in a medical organization, as well as work to monitor the safety of medical products.

Keywords: ensuring the rights of citizens, medical care, medical products, administrative responsibility.

Изготовление медицинских изделий, применение, эксплуатация, техническое обслуживание, реализация и т.д., отнесенные к категориям среднего, умеренного и низкого риска, подлежат отнесению к категориям значительного, среднего и умеренного риска соответственно при наличии вступивших в законную силу в течение 2 лет, предшествующих дате принятия решения об отнесении объекта государственного контроля к определенной категории риска, постановлений о привлечении к административной ответственности юридического лица, его должностных лиц или индивидуального предпринимателя за совершение административного правонарушения, предусмотренного статьей 6.28 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях в части реализации незарегистрированных медицинских изделий [2].

Хочется начать с того, что на сегодняшний день сфера обращения медицинских изделий является очень объёмной и многозадачной. Обращение медицинских изделий является предметом постоянного внимания.

Обеспечение прав граждан в части применения медицинских изделий при оказании медицинской помощи является одним из наиболее проблемных, сложных и, следовательно, важных направлений работы каждой медицинской организации. И причин, указывающих на это, достаточно много, например:

1. Вследствие интенсивного развития технологий медицинские изделия становятся всё более распространённым и всё более важной частью медицины. Именно это и определяет их высокотехнологичный характер.

2. Требования в сфере обращения медицинских изделий постоянно увеличиваются по объёму, структуре и при этом становятся всё более жёсткими.

3. Проведение проверок соблюдения требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) является одним из направлений государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности [1].

4. Утверждено Положение о государственном контроле за обращением медицинских изделий, что не только определяет соответствующие направления работы, но и акцентирует внимание на государственной значимости данного вопроса [3].

5. В последние годы в Российской Федерации существенно ужесточена ответственность за нарушения в сфере обращения медицинских изделий. Так, в ноябре 2013 г. в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях введена соответствующая статья 6.28., которая уже в декабре 2014 г. была изложена в ещё более жёсткой, ныне действующей редакции (внесённые в 2014 г. дополнения выделены жирным шрифтом): «Нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий, если эти действия не содержат признаков уголовно наказуемого деяния, - влечёт наложение административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до четырех тысяч рублей; на должностных лиц - от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей». То есть законодатель посчитал необходимым чётко продемонстрировать в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях, что лица, допустившие нарушения в сфере обращения медицинских изделий, могут быть привлечены, в том числе и к уголовной ответственности. И это тоже подчёркивает то, какое значение государство придаёт как сфере обращения медицинских изделий в целом, так и соблюдению прав граждан в этих вопросах, в частности [7].

В качестве примера можно привести решение Верховного Суда республики Мордовия. При проведении плановой выездной проверки ООО «Здоровье Плюс», находящегося в г. Темников (Республика Мордовия) были выявлены нарушения правил в сфере обращения медицинских изделий, которые зафиксированы в акте проверки от 28 сентября 2017 г. № 206. Было установлено, что выявлены медицинские изделия, качество и

безопасность которых не подтверждена. Постановлением от 10 октября 2017 г. ООО «Здоровье Плюс» признано виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного статьёй 6.28 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, и ему назначено административное наказание в виде административного штрафа в размере тридцати тысяч рублей [6].

Важной в этом вопросе является и позиция Верховного Суда Российской Федерации. В ходе проведения проверки в отношении ООО «Хеликс-ЮГ», находящегося в г.Курск, выявлены имеющиеся в обращении незарегистрированные в установленном порядке медицинские изделия, а также отсутствует лицо, ответственное за выявление побочных действий, нежелательных реакций, фактов, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий. Названные обстоятельства послужили основанием для составления в отношении общества протокола об административном правонарушении по статье 6.28 КоАП России и последующего вынесения постановления от 29.09.2014 о привлечении общества к административной ответственности с назначением наказания в виде штрафа в размере 31 000 руб. Исходя из изложенного, вывод судов о наличии в действиях общества состава вменяемого административного правонарушения является верным [5].

Казалось бы, что указанные выше причины однозначно должны побуждать медицинские организации более пристально относиться к вопросам обеспечения прав граждан при применении медицинских изделий. К сожалению, на практике это происходит не всегда. Обратим внимание на факторы отсутствия такой работы в медицинской организации.

В перечне прав пациента, изложенных в ст. 19 Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации, отсутствует какое-либо упоминание о медицинских изделиях. Реализация данного права подразумевает под собой предоставление пациенту максимально полной информации, в том числе и о предполагаемых к использованию для оказания медицинской помощи медицинских изделиях. В этой связи следует обратить внимание на то, что, по данным Росздравнадзора за 2015 год, в числе выявленных нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья было выявлено 782 случая проведения медицинских вмешательств без получения добровольного информированного согласия гражданина [8]. Конечно, не во всех 782 случаях медицинские вмешательства осуществлялись с применением медицинских изделий. Но уже и с учётом этих данных можно сказать, что в медицинских организациях с информированием о планируемых к использованию при медицинских вмешательствах медицинских изделий имеются серьёзные проблемы. И это даже не затрагивая вопросов полноты и качества предоставляемой пациенту информации [10].

Также отсутствует упоминание о медицинских изделиях и в части 1 ст. 20 Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации, раскрывающей содержание обязательного информирования, предшествующего получению информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство. Часть 1 данной статьи гласит: «Необходимым 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». Из приведённой цитаты следует, что медицинский работник, информируя пациента о планируемом медицинском вмешательстве, обязан предоставлять данную информацию с учётом характеристик медицинских изделий, планируемых к использованию [11].

Немаловажным является тот фактор, что в действующей редакции Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации непосредственно медицинским изделиям посвящено всего три статьи: 38 (Медицинские изделия), 95 (Государственный контроль за обращением медицинских изделий), 96 Мониторинг безопасности медицинских изделий).

При этом учитывая масштабность и многоплановость сферы обращения медицинских изделий, далеко не всё в них касается медицинских организаций. Указанное обстоятельство также является негативной чертой в работе медицинских организаций с медицинскими изделиями.

Таким образом, если вернуться к обозначенным в начале статьи причинам, демонстрирующим повышение значимости вопросов в сфере обращения медицинских, то видно, что произошло это, в первую очередь, благодаря значительному росту и усложнению требований в данной сфере. В то же время, если посмотреть на представленные выше факторы, в которых отсутствует направленность на совершенствование работы с медицинскими изделиями в медицинской организации, и сопоставить эти факторы с причинами, то становится ясно, что между количеством, объёмом и структурой требований, установленных в сфере обращения медицинских изделий, и тем, насколько полно раскрыты в тех же Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации обязанности медицинских организаций в данной сфере, имеется определённый диссонанс [9]. Получается, что требования по контролю в сфере обращения медицинских изделий сегодня представлены достаточно объёмно и детализировано, а вот необходимое содержание и задачи работы медицинской организации в части обеспечения прав пациента в данной сфере в основополагающем медицинском законе, т.е. в Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, представлены гораздо скромнее.

Конечно, было бы наиболее целесообразным, если бы сфера обращения медицинских изделий, как одна из наиболее важных и сложных, регулировалась отдельным законом, и, как известно, соответствующие законопроекты периодически появляются. Возможно, что в перспективе такой закон и будет принят. Такие предложения озвучивали и другие авторы.[4]

Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что обеспечение прав граждан при применении медицинских изделий имеет существенные особенности, в том числе особенности законодательного регулирования, и требует выделения данной работы на уровне медицинской организации в отдельное направление обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

Возникает вопрос: а как в медицинской организации это необходимо реализовать на практике?

В медицинских организациях, для реализации на практике указанной работы, необходимо следующее:

- Обеспечение качества и безопасности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации должно быть установлено в качестве главенствующего самостоятельного компонента обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

- Актом руководителя медицинской организации должно быть определено лицо, ответственное за обеспечение качества и безопасности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

- При обеспечении качества и безопасности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации должны быть выделены в самостоятельные направления работа по обеспечению прав граждан при применении медицинских изделий, а также работа по выявлению и предоставлению информации об имевшем место инциденте или риске инцидента при применении медицинского изделия.

- В регулярно формируемые планы-графики заседаний врачебной комиссии целесообразно не реже одного раза в квартал включать вопросы по обеспечению прав граждан при применении медицинских изделий, а также по выявлению и предоставлению информации об имевшем место инциденте или риске инцидента при применении медицинского изделия.

Реализация указанных предложений позволит ускорить совершенствование работы по соблюдению прав граждан при применении медицинских изделий в медицинской организации, а также работы по анализу состояния безопасности медицинских изделий.

Список литературы:

1. Астапенко Е. М., Суханова М. М. О некоторых вопросах нормативно-правового регулирования в сфере регистрации медицинских изделий // Вестник Росздравнадзора. - № 3 (2015). - С. 5-9.
2. Доклад об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья и об эффективности такого контроля (надзора) в 2015 году <http://www.roszdravnadzor.ru>
3. Куджаев В. Н. Особенности внесения изменений в регистрационные документы на медицинские изделия // Вестник Росздравнадзора. - № 3 (2015). - С. 20-22.
4. Калугин С.С., Калугина Н.Г. Составная часть национальной безопасности – защита прав и свобод несовершеннолетних. В сборнике: Пенитенциарное право и пенитенциарная безопасность: теория и практика материалы III Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Р.А. Ромашова. 2013. С. 120-123.
5. Перова Н. В., Довжик И. А, Севастьянов В. И. Оценка биологического действия медицинских изделий (токсикологические исследования) // Вестник Росздравнадзора. - № 3 (2015). - С. 26-28.
6. Пивень Д. В., Кицул И. С. Ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности и предотвращение конфликта интересов медицинского работника: действия медицинской организации // Менеджер здравоохранения. - № 4. - 2016. - С. 25-32.
7. Постановление Верховного Суда Российской Федерации от 14 сентября 2015 г. N 310-АД15-10473.
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.07.2017 N 868 "О внесении изменений в Положение о государственном контроле за обращением медицинских изделий".
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 сентября 2012 г. № 970 "Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий".
10. Решение по делу 7.2-38/2018.
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ВВЕДЕНИЕ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Вахитова Алия Айратовна
студентка юридического факультета
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

CRIMINALIZATION OF MEDICAL WORKERS

Vakhitova Aliya Ayratovna
Student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблемам введения уголовной ответственности медицинским работникам за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, которое не только нарушает конституционное право граждан на медицинскую помощь, но и посягает на первостепенные ценности – жизнь и здоровье людей. Представлены предложения о совершенствовании законодательной базы, а также о возможности устранения указанной проблемы.

Ключевые слова: ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, «врачебная ошибка», причинение вреда.

ABSTRACT

The article is devoted to the problems of imposing criminal liability on medical workers for non-fulfillment or improper performance of professional duties, which not only violates the constitutional right of citizens to medical care, but also encroaches on the primary values - the life and health of people. Proposals for improving the legislative framework, as well as the possibility of eliminating this problem, are presented.

Keywords: improper performance of professional duties, “medical error”, causing harm.

Любое государство в своей деятельности всегда будет ставить перед собой цель - забота о здоровье народа России. В соответствии с этим проводится ряд лечебных мероприятий, осуществляется широкомасштабная помощь населению. Несомненно, все это должно сочетаться с высокими требованиями к качеству лечебно-профилактической работы. Ошибки в работе, не соответствующее поведение медицинского персонала, могут повлечь за собой ряд неблагоприятных последствий. Прежде всего это моральное осуждение со стороны народа, общественное порицание, но и в самых крайних случаях это привлечение сотрудника к уголовной ответственности.

Следует отметить, что без деятельности органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организация формирование прав граждан Российской Федерации на охрану здоровья и получение гарантированного объема качественной медицинской помощи в современных условиях, невозможно. Но, мы считаем, что важную роль здесь играют и должны сыграть также и правоохранительные и судебные органы. Причиной этому является научно технический прогресс. Именно в условиях научно-технического прогресса внедрение в научную практику новых сложных методов диагностики и лечения, привело к повышению условий требования к профессионализму медицинских работников.

Статья 41 Конституции Российской Федерации, гарантирует право гражданам Российской Федерации на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая оказывается гражданам бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [1].

В целях воплощения в жизнь указанного конституцией постулата, государство принимает на себя обязанность осуществлять целый комплекс мер по охране здоровья, в том числе направленных на создание условий, при которых каждый человек может воспользоваться всеми способами и оздоровительными методами, направленными на охрану и улучшение здоровья, как основополагающего конституционного права [6].

Как мы уже отмечали ранее, с увеличением требований к медицинским работникам, резко возрос и уровень правонарушений и преступлений в данной области.

В связи с этим возникает проблема не качественного и не добросовестного исполнения обязанностей медицинского сотрудника, которая в последующем порождает за собой ряд проблем в различных сферах жизни, но затрагивая все общество в целом.

Проблема очень актуальна в наши дни, поскольку в стране наблюдается значительный рост преступлений и правонарушений в данной сфере. А неисполнение либо

ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками не только нарушает конституционное право граждан на медицинскую помощь, но и посягает на первостепенные ценности – жизнь и здоровье людей.

Проанализируем данную проблему и, для начала, выявим, чем же вызван рост преступлений и правонарушений и рассмотрим ее пути решения.

Ответственность врачей за ненадлежащее врачевание была известна во все времена. Так, в Древнем Востоке действовали законы царя Хаммурапи, правившего Вавилоном XVII в. До нашей эры. В ряде параграфов закона, была определена ответственность врачей за профессиональные преступления:

218. Если врач, делая кому-нибудь тяжелый надрез бронзовым ножом, причинит смерть [этому] человеку или, снимая с чьего-нибудь глаза бельмо бронзовым ножом, повредит глаз [этого] человека, то ему должно отсечь руки.

219. Если врач, делая тяжелый надрез бронзовым ножом рабу вольноотпущенника, причинит ему смерть, то он должен отдать раба за раба [3].

В Древнем Риме врачи могли привлекаться к ответственности за продажу яда с целью отравления, за оборот и так далее. В Древнем Египте врачи руководствовались «Священной книгой», если при лечении больного врач использовал указания книги, значит он не привлекался к ответственности.

В России более широкая регламентация врачебной деятельности начинается после времен правления Петра I. В уложении о наказаниях уголовных и исполнительных 1854 г. «делам врачей» посвящено отделение седьмое в главе первой восьмого раздела: «О нарушении уставов врачебных». Уложением устанавливались санкции за профессиональные преступления медицинских работников. Так, ст. 872 устанавливала уголовную ответственность за уклонение от оказания помощи больному [4].

Современное российское законодательство так же содержит в себе ряд норм, которые регламентируют ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. В настоящее время в Уголовном кодексе отсутствует такое понятие, как «врачебная ошибка», подобные ошибки входят в статьи: ч.2 ст.109 (причинение смерти по неосторожности, в последствии ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей); ч.2 ст.118 УК России (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, в последствии ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей); ст.115 (умышленное причинение легкого вреда здоровью); ч.4 ст.122 УК России (заражение ВИЧ инфекцией в последствии ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей); ст.124 УК России (неоказание помощи больному) [2]. Субъектами данных преступлений могут быть так же и медицинские сотрудники.

Несмотря на то, что в России уже существуют нормы, которые бы регламентировали работу медицинских сотрудников, они чаще всего остаются уголовно не достигаемыми, а если привлекаются к уголовной ответственности, то наказание назначается крайне мягкое.

Отсутствие именно четко регламентированной законодательной базы для медицинских сотрудников порождает собой ряд серьезных проблем. А именно:

- 1) Халатное, несерьезное отношение сотрудников к выполняемым услугам.
- 2) Понимание, что вероятность остаться безнаказанными больше.
- 3) Месть со стороны пациентов, которые повлечет за собой травмы или гибель врача.
- 4) Увеличение смертности.
- 5) Падение качества медицины в России.

Так примером может послужить следующее:

Пациентке одной из местных больниц в Якутии вместо больной почки удалили здоровую. На рентгеновском снимке было четко видно, какой орган поражен опухолью, но, несмотря на это, хирург все равно удалил не ту почку. Врач-диагност был уволен, а сам хирург остался работать в той же больнице, правда, уже дежурным врачом. Руководство центра поясняет: специалистов не хватает. Светлана, получив инвалидность, вынуждена

была оставить работу. Сейчас из дому почти не выходит, теперь ей нельзя долго бывать на улице.

Владимир Попов, заместитель главного врача по лечебной части Национального центра медицины Якутии: «Мы расцениваем это событие как трагическую врачебную ошибку» [5]. В настоящее время врач получил условный срок.

Также примером может послужить следующее: рожденный в состоянии неонатальной комы ребенок умер на первом году жизни. По итогам досудебной проверки с участием ведущих российских экспертов сделали вывод, что трагедия произошла по вине врачей роддома. Ребенок был механически травмирован, и у него произошла аспирация. Чтобы удостовериться в том, что была допущена ошибка, до суда запросили заверенные копии трех историй болезни пациентки из одного медицинского учреждения. Именно три истории болезни, в связи с тремя госпитализациями в разные отделения одной и той же больницы. Проверка с участием нескольких судебно-медицинских экспертов заняла почти год.

Медицинские работники забыли о том, что ранее выдали истице заверенные копии медицинских документов и представили в суд «оригиналы» историй болезней. В переписанных оригиналах изменена хронология событий, вписаны отсутствующие в ранее заверенной копии осмотры врачей, внесено проведение дополнительных медицинских манипуляций, изменены фактические данные. Причем, фальсифицируя документ, запутались настолько, что подложность документов выявляется даже при сопоставлении оригиналов историй болезни.

Как мы видим из выше приведенных примеров, медицинские работники были привлечены к штрафу и условному наказанию за грубую небрежность, невнимательность и непрофессионализм, повлекший за собой тяжкие последствия для потерпевшего. К сожалению, таких примеров много и зачастую они остаются безнаказанными или получают наказание не в полном объеме.

Для решения вышеуказанной нами проблемы, а именно рост преступлений в сфере здравоохранения, считаем необходимым совершенствования законодательства и введения самостоятельных норм, регулирующих ответственность медицинских работников.

А именно дополнить статьи: 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)»:

Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги) вследствие нарушения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, если это повлекло по неосторожности гибель плода человека и (или) причинение тяжкого вреда здоровью человека, – наказывается штрафом до двухсот тысяч рублей либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет.

Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть человека, – наказываются штрафом до пятиста тысяч рублей либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет.

Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть двух и более лиц, – наказываются лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до пяти лет.

Статья 124.2 «Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи. Изложение в новой редакции статьи 235 УК: «Незаконное осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности».

Против введения ответственности для медицинских сотрудников и оказания на них воздействия через суд, высказывает свою точку зрения, глава национальной медицинской палаты, Леонид Рошаль:

«Предлагаемые дополнения статей о медицинских сотрудниках, позволяет привлекать к уголовной ответственности большой спектр медицинских сотрудников. Настаиваю на декриминализации врачебной деятельности. Может ли дальше врач заниматься своей деятельностью должен решать не суд, а соответствующее врачебное объединение, как это действует уже в других странах».

Рассмотрев высказывания, мы также пришли к выводу, что не стоит рассматривать все «врачебные ошибки» как уголовное преступление. Поскольку, во-первых, оно не закреплено в российском законодательстве. Во-вторых, врачебная ошибка не может сопровождаться действиями (бездействием), которые сопровождаются халатностью и (или) недобросовестностью. Врачебная ошибка при таком подходе не может считаться уголовно-наказуемым деянием.

И введение уголовной ответственности для всех видов деяний повлечет за собой также свои минусы:

1) С введением уголовной ответственности для всех видов деяний, повлечет за собой потребность проведения проверок относительно качества оказания медицинской помощи. По каждому факту смерти пациента в лечебном учреждении (либо ухудшению состояния здоровья) будет проводиться до следственная проверка. А проведение следственных мероприятий по каждому факту смерти в медицинском учреждении не только негативно повлияет на нагрузку следственных органов, но может привести к оттоку профессиональных кадров из медицины из-за боязни оказаться подвергнутым уголовной ответственности.

2) Слишком большой поток пациентов и слишком маленькое количество времени для полного и тщательного обследования, может создать возможность упущения врачом каких-то элементов.

3) Введение самостоятельных составов преступлений не только не поможет врачам защищаться от необоснованных обвинений, а наоборот, приведет к более репрессивному уголовному уклону в отношении медработников, исключив профессиональное право на врачебную ошибку. Что негативно скажется на качестве оказания медицинской помощи — врачи будут бояться совершить ошибку.

В соответствии со сложившимися возможными ситуациями, мы считаем, что следует ввести дополнительное страхование гражданско-правовой ответственности медицинских учреждений (медработников) при совершении врачебных ошибок, не являющихся уголовно-наказуемыми деяниями.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // "Собрание законодательства Российской Федерации", 04.08.2014, № 31, ст. 4398.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ// «Собрание законодательства Российской Федерации», 17.06.1996, № 25, ст. 2954
3. Интернет-ресурс: «ВикиЧтение». «Текст сборника законов царя Хаммурапи в переводе». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://culture.wikireading.ru/3590>.
4. Интернет-ресурс: «Музей истории Российских реформ имени П.А. Столыпина». «Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 год» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://музейреформ.РФ/node/13654>
5. Интернет-ресурс: «Первый канал». «В Якутии пациентке вырезали здоровую почку и оставили больную». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.1tv.ru/news/2008-03-11/192026-v_yakutii_patsientke_vyrezali_zdorovuyu_pochku_i_ostavili_bolnuyu
6. Калугин С.С., Калугина Н.Г. Составная часть национальной безопасности – защита прав и свобод несовершеннолетних. В сборнике: Пенитенциарное право и

пенитенциарная безопасность: теория и практика материалы III Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Р.А. Ромашова. 2013. С. 120-123.

НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ — АССОЦИАЦИЯ, КАК ОДИН ИЗ ДЕЙСТВЕННЫХ СПОСОБОВ ЗАЩИТЫ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Сафонов Владислав Александрович
студент ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный
университет юстиции (РПА Минюста России)»,
Тульский институт (филиал)
г. Тула

THE NJNCOMMERCIAL ORGANIZATION-ASSOCIATION AS ONE OF THE MOST EFFECTIVE WAYS TO PROTECT MEDICAL WORKERS RIGHTS

Safonov Vladislav Aleksandrovich
student of the
«All-Russian state
University of justice (RPA Ministry of justice of Russia)»,
Tula Institute (branch), Tula

АННОТАЦИЯ

На практике врачи встречаются со множеством проблем, одной из которых является недостаточно проработанная правовая защищенность профессиональных интересов работников медицинских учреждений. Данное обстоятельство возникает из-за особенностей профессии, которая связана с рисками, где вероятность допущения ошибки достаточно высока. Целью данной работы является поиск решения правовой проблемы врачебной деятельности путем создания некоммерческой организации. Методологической основой исследования являются сравнительный, логический, статистический, системный методы.

Ключевые слова: ассоциация; некоммерческая организация; медицинские работники; врачи; правовая защищенность.

ABSTRACT

In practice, doctors are faced with many problems, one of which is the insufficiently developed legal protection of professional interests of medical workers. This circumstance arises due to the peculiarities of the profession, which is associated with risks, where the probability of making a mistake is high enough. The aim of this work is to find a solution to the legal problem of medical activity by creating a non-profit organization. The methodological basis of the research is comparative, logical, statistical, systematic methods.

Keywords: Association; non-profit organization; medical workers; doctors; legal protection.

Медицинская деятельность всегда связана с определенными рисками. Врачи нередко совершают ошибки из-за специфики профессиональной деятельности. Ошибки можно разделить на следующие группы:

— не зависящие от врача (связанные с редкими методами лечения, неизвестными в широком кругу и не встречающимися в практике, низкая техническая оснащенность и недостаточный уровень медицинского оборудования, административно-организационные ошибки лечебного учреждения). Необходимо заметить, что коэффициент загруженности врачей в Российской Федерации в среднем составляет 1,57 единиц, что свидетельствует об очень высокой загруженности данных специалистов, очень часто это приводит к рискам врачебных ошибок;

— зависящие от врача (недостаточный профессиональный уровень врача, в частности, неопытность, безграмотность, отсутствие знаний, невнимательность, нарушение основных принципов лечения) [1, с. 7].

Множество пациентов, осознавая незащищенность врачей и используя пробелы законодательства, жалуются на действия врачей при оказании медицинской помощи, считая ее некачественной или вымогательстве взятки за качественное оказание услуг медицинским работником [8, с.34-36].

Для наглядности необходимо привести несколько примеров из практики.

Росздравнадзор в ходе проведения проверки установил:

Гражданка Г. поступила в родильное отделение центральной районной больницы. При осмотре дежурным врачом указывается, что были жалобы на регулярные схватки. Из анамнеза: травмы, операции, гемотрансфузии отрицает, наследственность не отягощена, со слов, в начале беременности курила. Аллергологический анамнез спокоен. Сон, аппетит сохранены. Голова не болит. Объективно: состояние удовлетворительное. Отеков видимых нет. В дневниковой записи указывается, что гражданка Г. плохо тужится, неуправляема, сильно кричит, некритична. Жалуется на усталость, грубит, требует кесарево сечение. Головка плода врезывается в половую щель. Состояние удовлетворительное. Сердцебиение плода глухое, ритмичное до 60-80 уд в мин. Постоянно ведется разъяснительная беседа о поведении в родах, об угрожающем состоянии плода. Роженица после настойчивых указаний начала тужиться с криками и капризами. Потуги стали сильнее по 45 сек через 1 мин. Продвижение головки активнее, прорезывается. С/б плода приглушенное, ритмичное до 90 уд в мин.

Из объяснительных врачей установлено, что «роженица вела себя неадекватно, кричала, материлась, царапалась, не подпускала к себе, после двух неудачных попыток помочь родовспоможению с помощью пеленок применен прием Кристеллера».

Учитывая данное обстоятельство, некорректное поведение роженицы на родовом столе во время потуг, длительное стояние прорезывающейся головки плода, внутриутробное страдание плода при аускультации, решено использовать метод Кристеллера. С применением пособия по Кристеллеру произошли роды живым доношенным плодом мужского пола в состоянии асфиксии, без признаков патологии развития. Задние воды светлые с меконием. Ребенок сразу передан бригаде, состоящей из неонатолога, анестезиолога и медсестры, для оказания реанимационной помощи.

Росздравнадзор указывает о нарушении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06. 05. 2014 г. №15-4/10/2-3185) в частности о применении нерекомендуемого метода Кристеллера.

Между тем, необходимо отметить, что письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 2014 г. № 15-4/10/2-3185 не регистрировалось в Минюсте, что свидетельствует о том, что оно не имеет юридической силы. Таким образом, использование метода Кристеллера как такового не является противозаконным, но имеется рекомендация о воздержании от его использования. В данном примере видно, что гражданка Г. была психологически не готова к родам. Родовое поведение женщины не позволяло протекать родам равномерно и без ущерба, тем не менее врачи-акушеры решили применить метод Кристеллера, так как представлялась угроза нерожденному ребенку. Использование незапрещенного метода, имеющего статус «нерекомендуемый», по всем правовым аспектам законен, тем более при необходимости применения, когда встает вопрос о жизни двух человек – матери и ребенка. Между тем, есть противоречивые решения судебных органов [2, с. 19].

Так, апелляционным определением № 33-1/2013 33-3058/2012 от 17 января 2013 г. по делу № 33-1/2013 было установлено, что Сабинским районным судом Республики Татарстан гражданке Г., действующей в своих интересах и в интересах несовершеннолетней дочери Г.,

к Государственному автономному учреждению здравоохранения «Сабинская центральная районная больница» о возмещении имущественного и компенсации морального вреда, причиненного повреждением здоровья, было отказано. В ходе изучения дела указано, что во время родов применялся метод Кристеллера (то есть выдавливание плода в период его изгнания). При этом экспертами отмечено, что каких-либо данных об особенностях анатомического строения наружных половых органов Г., в том числе, о «высокой промежности», в истории родов не имеется, а, равно как и данных о «неправильном поведении» Г. При таких обстоятельствах Судебная коллегия не может согласиться с выводами суда первой инстанции о том, что ответчик предпринял все меры для проведения необходимого комплекса мероприятий, своевременно диагностировал дискоординацию родовой деятельности. На основании вышеуказанного Верховный суд определил: решение Сабинского районного суда Республики Татарстан от 06 февраля 2012 года по делу Г., действующей в своих интересах и в интересах несовершеннолетней дочери Г., к Государственному автономному учреждению здравоохранения «Сабинская центральная районная больница» о возмещении имущественного и компенсации морального вреда, причиненного повреждением здоровья, в части отказа в компенсации морального вреда Г. отменить, принять по делу новое решение, которым заявленные требования о возмещении имущественного и компенсации морального вреда удовлетворить [3, с. 104].

На основании вышеуказанного возникает сразу два вопроса.

1) Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Республики Татарстан каким образом принимает решения по медицинским вопросам, не имея медицинского образования? Согласно вышеуказанному определению, судебная коллегия указывает, что ответчик не предпринял все меры для проведения необходимого комплекса мероприятий, своевременного диагностирования дискоординационной родовой деятельности. Встает также вопрос: на основании каких нормативных актов Судебная коллегия по гражданским делам принимает такое решение, нет ни одной ссылки на порядки и стандарты медицинской помощи в определенной деятельности;

2) Применение метода Кристеллера является законным, но судебная коллегия, несмотря на рекомендательный характер письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 2014 г. № 15- 4/10/2-3185, принимает решение об отмене решения суда первой инстанции.

В мотивировочной части приговора Александровского районного суда Томской области (Приговор № 1-1/2011 от 12 апреля 2011 г. по делу № 1-1/2011) имеются интересные моменты. Доводы подсудимой о том, что метод Кристеллера в России официально, в том числе на март 2007 г., не запрещен, является необоснованными.

Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 ноября 2002 г. № 2510/11869-02-32 «Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом», подготовленным Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН в соавторстве, в том числе Е. А. Чернухи, одобренным Ученым Советом Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии Российской Академии медицинских наук 24.09.2002 и рекомендованным для внедрения в практику здравоохранения, предназначенным для врачей акушеров-гинекологов, определены подходы к выбору способа родоразрешения с позиций перинатального акушерства. В частности, указано, что при появлении признаков страдания плода на фоне слабости потуг при наличии условий показано наложение акушерских щипцов, но не применение приема Кристеллера.

Кроме того, у суда нет оснований не доверять заключениям судебно-медицинских экспертиз о том, что даже классический метод Кристеллера или иное давление на дно матки является высоко травматичным и запрещено в современном перинатальном акушерстве, и о том, что в этой ситуации было показано изменение тактики родоразрешения в пользу операции кесарева сечения по сумме относительных показаний в интересах плода.

У суда также нет оснований не доверять показаниям эксперта — заслуженного врача Российской Федерации, главного врача МУЗ городского перинатального центра, доктора

медицинских наук, о том, что метод Кристеллера, как и бинт Вербова, и иное давление на дно матки запрещены при клиническом узком тазе, когда плод выдавливают, и голова встречает сопротивление со стороны узкого таза [4, с. 69].

Из приведенных примеров следует, что по идентичным ситуациям судами выносятся разные решения. Это говорит о том, что юридической практики, в частности, в гинекологии, не имеется, а проблемных зон в правовом контексте достаточно.

Еще одним примером из практики, подтверждающим несовершенство законодательства в сфере защиты врачей выступает следующий результат проверки Росздравнадзором действий медицинской организации.

Пациентка С. поступила в акушерское отделение патологии беременных городской больницы. После осмотра установлен предварительный клинический диагноз: Беременность 35-36 нед. Головное предлежание. Возрастная первородящая. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Состояние после ГКС. Сопутствующие заболевания: Хр. тонзиллит. ВСД по гипотоническому типу. Аутоиммунный тиреозит. Хронический пиелонефрит. 31. 12. 2015 г. 12:37 ч. проведен консилиум в составе зам. директора ПНЦ, зав. отделением, лечащим врачом. Установлено: Гематокрит 37,9 %, тромбоциты $41,00 \cdot 10^9/\text{л}$ (тромбоциты без динамики), морфология тромбоцитов от 29.12 2015 г. агглютинабельность снижена, анизоцитоз выражен в сторону макрофарм. Встречаются гигантские тромбоциты, пойкилоцитоз умеренный, грануломатоз сохранен. Диагноз: Беременность 36 недель. Головное предлежание. Возрастная первородящая. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Состояние после ГКС. Сопутствующие заболевания: Хр. тонзиллит. ВСД по гипотоническому типу. Аутоиммунный тиреозит. Хронический пиелонефрит. Псориаз волосистой части головы в стадии ремиссии. Решение консилиума: на данном этапе продолжить лечение, рекомендованное гематологом, эндокринологом, под контролем клинических анализов. Роды начать, вести консервативно через естественные пути. Беременная с планом ведения родов согласна [5, с. 74].

Были выявлены следующие нарушения.

В нарушение приложения № 5 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н, приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» врачом акушером-гинекологом Ф. при поступлении в стационар не принято во внимание описание размеров таза при поступлении, имеющего признаки анатомически узкого таза.

Учитывая особенности здоровья пациентки, а именно заболевание «перинатальное поражение ЦНС», то есть в данном случае, несмотря на физиологические особенности таза пациентки, невозможно было провести кесарево сечение, так как вышеуказанное заболевание могло привести к летальному исходу роженицы. Так, перинатальное поражение ЦНС, то есть нехватка тромбоцитов может повлечь в ходе операции несвертываемость крови. Таким образом, врачи-акушеры, осознавая, что пациентка могла погибнуть, решили выбрать тактику проведения родов естественным путем, что является наиболее правильным решением в данной ситуации.

Данные примеры приводят к следующим казусам. Медицинская деятельность, в частности, деятельность врачей-акушеров, на примерах, приведенных в данной статье, имеет огромные специфические аспекты на практике. Вышеуказанные примеры – лишь одни из немногих доказательств того, что все случаи индивидуальны. Естественно, что нарушение порядков и стандартов (на практике) автоматически гласят о нарушениях прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь. Но, как следует из вышеизложенного, не всякое нарушение порядков и стандартов может быть нарушениями прав граждан. Любое

нарушение порядка будет основанием нарушения лицензионных требований, предъявляемых к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности (пп. «а» п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291), что в свою очередь приводит к совершению административного правонарушения, предусмотренного ст. 19.20 КоАП России.

Недостаточная правовая регламентация защиты прав врачей.

Так, необходимо заметить, что основные права и обязанности пациентов и врачей урегулированы федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее по тексту – ФЗ № 323). Также в данном Законе достаточно четко определены критерии качества и доступности медицинской помощи гражданам. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования ограничено содержатся лишь в статье 72 ФЗ № 323.

«У современного пациента, при невысоких требованиях к себе, очень высокие требования к работе медицинских учреждений и медицинских работников. Это происходит из-за того, что нормы поведения медицинского работника институционализированы, а нормы поведения пациента, в основном, ограничены предписаниями и требованиями врача. Пациенты и врачи часто не находят понимания в процессе лечения, указывая на некомпетентность друг друга. Нарушение этических норм и деформализация закона приобрели форму практик. Этому способствует низкая оплата труда врачей. Вознаграждение медицинского работника как дополнительный доход нередко «зависит» от нарушения закона, когда врач отдает предпочтение тому пациенту, который больше платит в руки врача. Примеры того, что медицинский работник оказывает помощь, исходя не из соображений медицинского характера (неотложная медицинская помощь по жизненным показаниям), ведет к неверию в искренность медицинской помощи и медицинских работников, подрывая основу этических отношений лечащего и пациента» [6, с. 57].

На современном этапе, в силу развитого медицинского законодательства и увеличения количества жалоб на действия врачей со стороны пациентов, полагаем, что имеется необходимость подготовки врача не только в профессиональной деятельности по конкретному направлению медицинского дела, но и в приобретении базовых правовых знаний (правовое информирование), необходимых для выполнения работы. Так, И. Б. Назарова отмечает: «Уровень правовой грамотности респондентов можно считать достаточно низким, но врачи лучше пациентов знают законодательные акты относительно прав граждан и медработников при оказании медицинской помощи: врачи имеют высокий уровень образования, а также профессиональную необходимость знать специальное законодательство. Однако и этот уровень нельзя назвать достаточным» [7, с. 62].

Актуальные проблемы защиты врачей в современной правовой действительности Российской Федерации.

Таким образом, существует несколько актуальных проблем правовой незащищенности таких работников, как врачи:

1) недостаточная осведомленность медицинских работников о своих правах, способах их защиты, а также о порядке разрешения споров между пациентами и об ответственности за ненадлежащее исполнение своих обязанностей;

2) неблагоприятная социальная обстановка в отношении медицинских работников (недоверие к врачу);

3) пробелы в законодательстве;

4) малоэффективная правовая защищенность врачей.

Основанием данных проблем является результат специфичной сферы деятельности. Существует немалое количество врачебных специальностей, в связи с этим на законодательном уровне устанавливать нормы к каждой специальности невозможно.

Для решения данной проблемы необходимо выделить следующий способ защиты врачей: членство в профессиональных некоммерческих организациях.

В соответствии с п. 1 ст. 50 Гражданского кодекса Российской Федерации (часть 1) (далее – ГК РФ), некоммерческими организациями признаются юридические лица, не имеющие целью извлечение прибыли и не распределяющие полученную прибыль между участниками. Также, согласно п.3 ст. 50 ГК РФ, некоммерческие организации могут создаваться в определенных организационно-правовых формах, в том числе ассоциации (союзы). Дело в том, что разные правовые формы некоммерческих организаций имеют определенные цели. Например, общество коренных малочисленных народов Российской Федерации защищает права граждан, относящихся к коренным малочисленным народам Российской Федерации и объединившихся по кровнородственному и (или) территориально-соседскому признаку в целях защиты исконной среды обитания, сохранения и развития традиционных образа жизни, хозяйствования, промыслов и культуры.

Для решения данной проблемы наиболее подходящей организационно-правовой формой некоммерческой организации для защиты профессиональной группы является именно ассоциация.

В силу п. 1 ст. 123.8 ГК РФ, ассоциацией (союзом) признается объединение юридических лиц и (или) граждан, основанное на добровольном или в установленных законом случаях на обязательном членстве и созданное для представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения общественно полезных целей, а также иных не противоречащих закону и имеющих некоммерческий характер целей.

Таким образом, создание ассоциации может обеспечить следующие привилегии:

1) профессиональную защиту интересов определенной области профессии (в нашем случае медицинской). В данном случае это юридическая защита: представление интересов определенной профессии и др.;

2) обобщение практики и консолидация идей в той или иной сфере деятельности;

3) этические и воспитательные меры для повышения качества работы той или иной профессии;

4) финансовые элементы управления для решения определенных целей некоммерческой организации как ассоциации.

Необходимо отметить, что для наиболее эффективной работы некоммерческой ассоциации организации необходимо разделить по определенным группам специальностей. Ранее было указано, что из-за специфичности медицинской деятельности существует множество специальностей, тем самым необходимо для действительного регулирования той или иной области применения медицины использовать узкоспециализированные ассоциации. Например, ассоциации хирургов, ассоциации терапевтов, ассоциации стоматологов.

На наш взгляд, такой индивидуальный подход сможет обеспечить решение вышеперечисленных проблем наиболее широко и целенаправленно. Примерами такой эффективности могут быть следующие факторы:

1) каждая определенная область медицины имеет свои особенности, следовательно, свою практику. Для обеспечения защиты врачей той или иной специальности необходимо выработать практику. Каждое возбужденное дело, выдвигаемое против врачей, может зависеть не только от применимых норм, но и от позиции самого судьи. В данном случае выработка практики поможет ориентироваться судьям в решение дилеммы. В дальнейшем необходимо, чтобы ассоциации вышли на тот уровень, чтобы их заключения могли законодательно и гарантированно применяться судебными органами;

2) в каждой области медицины имеются стандарты оказания помощи больным. Любой врач обязан соблюдать все стандарты и порядки оказания помощи, но не все стандарты и порядки бывают без пробелов. Узконаправленная ассоциация как организация, представляющая интересы определенной медицинской профессии, сможет выражать свое мнение и в результате по инициации данной группы обеспечить изменение нормативно-правового акта. Данная ассоциация является наиболее специализированной и компетентной в таких вопросах, тем самым предоставляется возможность изменять нормативные акты с учетом мнения ассоциации;

3) конкретные ассоциации обеспечивают функциональное развитие своей области, обеспечивая своих членов не только материальной поддержкой в развитие своей деятельности, но и разработке новых идей в решении проблем, обсуждение и обобщение определенных тем в профессии и развитие профессиональных качеств и этики коллег.

В настоящее время на территории Российской Федерации существуют ассоциации медиков, наиболее известные из них следующие: Общероссийская общественная организация «Общество врачей России», Российская медицинская организация. Данные некоммерческие организации осуществляют свою деятельность, вкуче объединяя все специальности воедино. Существует малое количество действительно действующих узконаправленных ассоциаций.

Необходимо указать, что актуальность данной темы выработана, к сожалению, из-за недейственного механизма защиты прав врачей, порядок деятельности медицинских ассоциаций разработан недостаточно, низкая осведомленность самих медицинских работников приводит к определенным проблемам.

Список литературы:

1. Гребенюк М. О. Медицинские ассоциации как субъекты защиты прав врачей // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья. — Иваново-Владимир: Изд-во «Талка», 2008.

2. Гребешок М. О., Андреев Ю. М. Роль профсоюзов медицинских работников в защите их прав // Правовые и социально-экономические проблемы современной России. — Пенза, 2008.

3. Гребешок М. О. Социальные права медицинских работников. — Волгоград: ВолГМУ, 2009.

4. Егоров К. В. Квазидоговорные отношения как основание возникновения обязательств из причинения вреда здоровью в сфере медицинской деятельности. // Вестник ТИСБИ. Научно-информационный журнал. — 2005. — № 2.

5. Жирков А.А. Некоммерческая организация-ассоциация как действенный механизм защиты прав медицинских работников // Серия «Вестника СВФУ». — 2017. — № 2.

6. Засылкина Т. А., Ефремова Т. Г., Гребенюк М. О. Генезис социологии медицины как методологии институциональных исследований охраны здоровья // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины. — Саратов, 2009.

7. Козьминых Е. В. Пробелы медицинских законов и права пациентов// Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской науч.-практ. конф. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д. ю. н. С. Г. Стеценко. — М.: Юрист, 2003.

8. Калугина Н.Г., Калугин С.С. История регламентации ответственности за взяточничество в российском уголовном законодательстве. Восточно-Европейский научный вестник. 2016. № 3 (7). С. 34-36.

ПРИЧИНЕНИЕ СМЕРТИ ПО НЕОСТОРОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

*Фетищева Александра Сергеевна
студент ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал) г. Ижевск*

NEGLIGENT HOMICIDE BY HEALTH WORKERS: PROBLEMS OF THE THEORY AND PRACTICE

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ субъективных признаков состава преступления причинения смерти по неосторожности медицинским работником при некачественном оказании медицинской помощи или медицинской услуги на основе судебной практики. Вносятся предложения в ст. 109 УК России.

Ключевые слова: уголовная ответственность; медицинский работник; причинение смерти по неосторожности; халатность, функциональные.

ABSTRACT

The analysis of the subjective signs of the crime of causing death through negligence by a medical professional in the case of poor-quality medical care or medical services based on judicial practice has been carried out. Submissions are made to Art. 109 of the Criminal Code.

Keywords: criminal liability; medical worker; causing death by negligence; negligence, functional duties.

В настоящее время достаточно часто мы наблюдаем факт привлечения к уголовной ответственности медицинских работников за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения ими своих профессиональных обязанностей. По данным Следственного комитета Российской Федерации в 2017 году в суд было направлено 175 уголовных дел, связанных с врачебными ошибками. Это на 11 больше, чем в 2016 году. Количество жалоб на медицинскую помощь в 2017 году составило 6050. Это на 1100 больше, чем в 2016 году. Большинство осужденных в 2017 году врачей (74,7%) обвинялись в причинении смерти по неосторожности (ст.109 УК). В оказании услуг, не отвечающим требованиям безопасности (ст. 238 УК), — 10,9%. Еще 6,3% подозревались в причинении тяжкого вреда по неосторожности (ст. 118 УК). Оставшиеся проходили по статьям о халатности и неоказании помощи больному [3]. Причинение смерти при исполнении профессиональных обязанностей представляет наибольшую общественную опасность среди других преступлений, совершаемых медицинскими работниками, потому что жизнь человека является высшей ценностью в правовом государстве.

При расследовании данного преступления существуют некоторые проблемы, связанные с разграничением профессиональных функций медицинского работника и его функций в качестве должностного лица, когда речь идет о таких преступлениях, как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч.2 ст.109 УК России) и халатность (ст. 293 УК России). То есть важно правильно определить субъект преступления и выполнение им функций. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинский работник – это физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность. Если же обратиться к Приказу Минздрава России от 20.12.2012 №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» субъектом преступления по ст. 293 УК России являются главный врач (начальник) медицинской организации; директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; заместитель руководителя (начальника) медицинской организации; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое)

медицинской организации - врач-специалист; заведующий (главный врач, начальник) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации; главная медицинская сестра (главная акушерка, главный фельдшер). Таким лицам помимо профессиональных функций свойственны также организационно-распорядительные функции.

Таким образом, необходимо четко определять и разграничивать, когда смерть человека наступила в результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, а когда в результате выполнения организационно-распорядительных функций.

При причинении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей виновным понимается поведение лица, полностью или частично несоответствующее официальным предписаниям, требованиям, предъявленным к нему при выполнении профессиональных функций [1, с. 2-3].

На законодательном уровне в Российской Федерации не закреплено понятие «врачебная ошибка». По мнению таких учёных, как Кэрол Б. Либман и Крис Стирн Хаймэн, «врачебная ошибка» относится к предотвращаемым системным проблемам, а также ненадлежащему осуществлению своей деятельности отдельными поставщиками медицинских услуг». Советский ученый И.В. Давыдовский дал своё определение врачебной ошибки – это «вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [2, с.51-54].

Так, И.В. Давыдовский наиболее точно определил исследуемое понятие, так как здесь указаны все признаки врачебной ошибки.

Причинение смерти по неосторожности как следствие врачебной ошибки, всё больше стало проявляться из-за небрежности медицинского работника, неполного проведения всех медицинских мероприятий, а также игнорирования изначально поставленного диагноза при самом первом осмотре пациента бригадой скорой медицинской помощи. Рассмотрим данные факты на примере судебной практики.

В соответствии с Приговором Ленинского районного суда Нижнего Новгорода от 15.06.2017 № 1-25/17 Тищенко А.Л., занимая должность врача - хирурга отделения гнойной хирургии ГБ "Номер" и являясь лечащим врачом ФИО11 в период с "Дата" по "Дата", исполняя свои профессиональные обязанности, не организовал и не интерпретировал анализы крови последнего, при наличии медицинских показаний не провел лечение с привлечением гематолога и не своевременно организовал проведение ФИО11 костно-мозговой пункции для исключения системного заболевания крови у последнего. Не организовал своевременное проведение ФИО11 трепанобиопсии для подтверждения или исключения апластической анемии. При наличии абсолютного лимфоцитоза в костном мозге ФИО11 не организовал и не провел своевременное иммунофенотипирование лимфоцитов для исключения гемобластоза. Не установил у ФИО11 гематологическое заболевание - волосато-клеточный лейкоз. Указанные дефекты оказания медицинской помощи, допущенные Тищенко А.Л., в совокупности с оказанием медицинской помощи ФИО11 в виде операции по поводу удаления тромбированного геморроидального узла в ООО «ххх», привели к ухудшению состояния здоровья ФИО11, а именно развитию тяжелого сепсиса с образованием трех гнойных очагов: гнойная рана в ягодичной области с переходом на бедро, в области ануса, в легких – двусторонняя пневмония, осложнившаяся развитием тяжелой интоксикации (эндотоксикоза) и присоединением острой дыхательной недостаточности тяжелой степени, которая и стала непосредственной причиной смерти [4]. Суд назначил Тищенко А.Л. наказание в виде ограничения свободы сроком на два года, но от назначенного наказания Тищенко А.Л. был освобожден в связи с истечением сроков давности.

В соответствии с Приговором Ленинского районного суда г. Кемерово от 26.06.2017 №1-50/2017 22.06.2015 г. в 11-50 час. в приемное отделение МБУЗ «ГИКБ № 8 г. Кемерово»

самостоятельно обратился ФИО1, у которого имелся воспалительный очаг в брюшной полости аппендикулярного отростка (острый аппендицит). В 12-05 час. 22.06.2015 г. ФИО1 был осмотрен врачом-инфекционистом приемного отделения ФИО1, по соответствующим клиническим данным ей выставлен ФИО1 предварительный диагноз гастроэнтероколита. При этом у больного ФИО1 ФИО1 не был взят общий анализ крови, проведенная ей терапия включила в себя использование анальгетиков ФИО1. После осмотра врачом приемного отделения ФИО1 пациент ФИО1 был направлен на стационар в гепатитное отделение МБУЗ «ГИКБ № 8 г. Кемерово», палату № 10. В 13-27 час. больной ФИО1 был осмотрен врачом-инфекционистом Астудиной О.И. По результатам осмотра Астудиной О.И. ФИО1 выставлен ошибочный диагноз «Острый гастроэнтероколит» и назначено соответствующее лечение. 25.06.2015 г. в 06-46 час. ФИО1 был осмотрен дежурным врачом МБУЗ «ГИКБ №8 г.Кемерово» ФИО1, которым выявлено аппендикулярные и перитониальные симптомы, характерные для острой хирургической патологии - аппендицита. После чего ФИО1 был госпитализирован в МБУЗ «ГКБ № 11 г.Кемерово», где ему была проведена операция, после которой ФИО1 находился в реанимационном отделении МБУЗ «ГКБ №11 г.Кемерово», где 03.07.2015 г. в 08-40 час. констатирована биологическая смерть ФИО1. Согласно заключению дополнительной комиссионной экспертизы №741 от 17.10.2016 г. установлено, что причиной смерти ФИО1 явился острый перфоративный аппендицит, осложнившийся разлитым гнойным перитонитом, абдоминальным сепсисом, интоксикацией, полиорганной недостаточностью, отеком головного мозга. Причинным фактором развития синдрома полиорганной недостаточности является эндогенная интоксикация, возникающая на стадии развития гнойного перитонита и абдоминального сепсиса. Действия врача-инфекциониста Астудиной О.И., связанные с ненадлежащим исполнением ими своих профессиональных обязанностей, диагностической ошибки и неправильной тактики проведения дифференциальной диагностики предопределяют прямую причинную связь допущенных дефектов оказания медицинской помощи с прогрессированием заболевания до степени развития гнойного перитонита и наступлением смерти больного ФИО1 [5]. Суд назначил Астудиной О.И. наказание в виде ограничения свободы сроком на 2 года и 6 месяцев, но от назначенного наказания Астудина О.И. была освобождена в связи с истечением сроков давности.

В соответствии с Постановлением судьи Заволжского районного суда г. Ульяновска от 29.05.2017 №1-182/2017 12.01.2016 в период времени с 11 часов 00 минут до 14 часов 00 минут, в ГУЗ <данные изъяты>, расположенную по адресу: <адрес>, бригадой скорой медицинской помощи в травматологический пункт ГУЗ <данные изъяты> для оказания квалифицированной медицинской помощи в условиях стационарного лечебного учреждения была доставлена ФИО1 с диагнозом: «<данные изъяты>», где она была осмотрена врачом- <данные изъяты> травматологического пункта ФИО2, также назначено проведение рентгенографии правого тазобедренного сустава, после чего с учетом полученных данных ФИО1 направлена на госпитализацию в экстренном порядке на стационарное лечение в <данные изъяты> отделение ГУЗ <данные изъяты> с диагнозом: «<данные изъяты>». Земсков А.Ю., врач-травматолог, игнорируя свои должностные обязанности, не применил в полном объеме свои специальные познания и навыки в области медицины, не прибегнул к использованию в полном объеме имеющегося в наличии в ГУЗ «<данные изъяты>» диагностического оборудования, а также современные методы диагностики, не выяснил до конца общее клиническое состояние здоровья больной. В результате бездействия, ненадлежащего исполнения своих должностных обязанностей и нормативных актов ФИО1 не была направлена на рентгенографию (при необходимости КТ или МРТ) <данные изъяты>, не госпитализирована в <данные изъяты> отделение ГУЗ «<данные изъяты>» для оказания необходимой квалифицированной медицинской помощи. Некачественные, несвоевременные и недостаточные для благоприятного исхода жизни и здоровья ФИО1 действия Земскова А.Ю. не позволили правильно диагностировать <данные изъяты> и привели к ухудшению состояния ФИО1 и, в последующем наступлению её смерти 04.02.2016, причиной которой

явились <данные изъяты>. В случае своевременного диагностирования <данные изъяты> и оказания квалифицированной медицинской помощи в условиях стационара, благоприятный исход для жизни ФИО1 был бы возможен. Между нарушениями, допущенными Земсковым А.Ю., и как следствие не оказанием квалифицированной медицинской помощи в условиях стационара имеется причинно-следственная связь со смертью ФИО1 [6]. В данном случае уголовное дело было прекращено и назначена иная мера уголовно-правового характера в виде судебного штрафа в размере 100000 рублей.

Рассмотрев судебную практику по привлечению к уголовной ответственности лиц за совершение такого преступления, как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, приходим к выводу, что медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности не за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, а за неприменение специальных познаний и навыков в области медицины при исполнении профессиональных обязанностей. Таким образом, считаем необходимым внести изменения в ст. 109 УК России, а именно дополнить ее ч.2.1 «Причинение смерти по неосторожности вследствие неприменения специальных познаний и навыков в области медицины при исполнении профессиональных обязанностей». Именно такое определение конкретизирует объективную сторону общественно опасного деяния, совершаемого медицинскими работниками по неосторожности. Также считаем необходимым увеличить срок лишения свободы за данное преступление, тем самым установить категорию преступления, как преступление средней тяжести. В таком случае срок давности привлечения к уголовной ответственности данных лиц также увеличиться до шести лет.

Список литературы:

1. Азизова Г.Р. Причинение смерти по неосторожности как следствие врачебной ошибки // Молодежный научный форум: Общественные и экономические науки: электр. сб. ст. по мат. XLIII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 3(43). [электронный ресурс]. Режим доступа: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_social/3\(43\)](https://nauchforum.ru/archive/MNF_social/3(43)) (дата обращения 16.03.2019).
2. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. 213 с.
3. Новости Следственного комитета Российской Федерации. Здоровье. // РБК. [электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/19/07/2018/5b5072cc9a7947a9996679f0> (дата обращения 17.03.2019).
4. Приговор Ленинского районного суда Нижнего Новгорода от 15.06.2017 № 1-25/17 // Судебная практика. [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sud-praktika.ru/precedent/455072.html> (дата обращения 18.03.2019).
5. Приговор Ленинского районного суда г. Кемерово от 26.06.2017 №1-50/2017 // Судебная практика. [электронный ресурс]. Режим доступа: <http://sud-praktika.ru/precedent/440622.html> (дата обращения 18.03.2019).
6. Постановление судьи Заволжского районного суда г. Ульяновска от 29.05.2017 №1-182/2017 // Судебная практика. [электронный ресурс]. Режим доступа: <http://sud-praktika.ru/precedent/368031.html>.

ЗАЩИТА ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ ИМИ СЛУЖЕБНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ ОТ ПРОТИВОПРАВНЫХ ПОСЯГАТЕЛЬСТВ

*Чураков Владимир Владимирович
студент ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции*

*(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

Калугина Надежда Геннадьевна
*кандидат юридических наук, доцент,
заведующий кафедрой теории и истории государства и права
ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск*

PROTECTION OF THE RIGHTS OF MEDICAL WORKERS IN THE PERFORMANCE OF THEIR DUTIES FROM UNLAWFUL ENCROACHMENTS

Churakov Vladimir Vladimirovich
*student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*
Kalugina Nadezhda Gennadievna
*Candidate of Law, Associate Professor,
Head of the Department of Theory and History of State and Law
of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of Russia),
Izhevsk Institute (branch), Izhevsk*

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассматриваются случаи нападения на медицинских работников в Российской Федерации. Приводится статистика нападений на медицинских работников. Высказываются предложения о поправке и дополнении Уголовного кодекса Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинский работник, нападение, безопасность, защита, угроза, уголовная ответственность.

ABSTRACT

This article examines cases of attacks on medical workers in the Russian Federation. The statistics of attacks against medical workers are given. Proposals are being made to amend and supplement the Criminal Code of the Russian Federation.

Keywords: medical worker, attack, security, protection, threat, statistics, criminal liability.

Актуальностью исследования данной темы, является стремительный рост в российском обществе агрессии со стороны пациентов и их родственников по отношению к медицинским работникам. Министерством Здравоохранения Российской Федерации в 2016 году был выдвинут проект федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации». В данном проекте предлагалось ввести уголовную ответственность за нападение на медицинских работников в момент исполнения ими профессиональных обязанностей. Закон должен был вступить в силу 1 июля 2018 года, однако до сегодняшнего дня изменения в законодательстве, защищающие права медицинского работника не вступили в законную силу [1].

Согласно пояснительной записке причиной разработки законопроекта послужили участвовавшие случаи нападения на медработников при оказании ими медицинской помощи. Согласно статистическим данным Минздрава России с 2010 по 2016 годы на медработников было совершено около 1226 нападений при исполнении ими служебных обязанностей. При этом количество нападений на медиков имеет тенденцию к увеличению, поскольку в 2016 году на медицинских работников совершено столько же нападений, сколько за два предыдущих года [9].

В целях сравнительного анализа, автором было обнаружено, что правам пациентов и обязанностям медицинских работников посвящено 17 статей Федерального Закона «Об основах законодательства об охране здоровья граждан». При нарушении указанных статей предусмотрены различные формы ответственности (административная, дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная). Мы выделили 5 статей, которые отстаивают права медицинского работника (в главах трудового и гражданского кодекса) [1-5].

Стоит отметить норму УК России, которая закрепляет покушение на жизнь сотрудника органов правопорядка в настоящее время предусмотрено заключение под стражу на срок от 12 до 20 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет, либо пожизненное лишение свободы (ст. 317 Уголовного кодекса). В УК России так же есть статья «Побои», в этой статье уголовное наказание применяется только при наличии определенных мотивов – хулиганские побуждения, по мотивам политической, расовой, идеологической, национальной или религиозной ненависти или вражды (ст. 116 УК России) [1].

При исследовании указанных норм УК России следует сделать выводы, что ситуация с медицинскими работниками совершенно отличается от ситуации с правоохранительными органами. Покинуть место, в случае нападения, сотрудник скорой или неотложной медицинской помощи не может, так как пациент вправе подать жалобу, вследствие чего медицинского работника могут привлечь к уголовной ответственности за неоказание помощи больному (ст. 124 УК России). Следует отметить, что в данной статье говорится о неоказании помощи без уважительных причин, однако какие именно причины попадают под это определение, не уточняется. Использование средств самозащиты так же может быть истолковано против врача, так как может принести вред пациенту [6-7].

Данная проблема незащищенности медицинских работников оказывающих первую помощь перед пациентами, имеет серьезное значение во всей системе здравоохранения Российской Федерации. По нашему мнению, пострадавший фельдшер или врач является единственным профессионалом, способным оказать необходимую медицинскую помощь в конкретном населенном пункте. При нападении на сотрудника скорой помощи под угрозу ставится не только здоровье или жизнь самого медицинского работника или отдельного больного, но и здоровье неопределенного числа жителей населенного пункта, лишенных возможности получить необходимую, иногда неотложную, медицинскую помощь. Данный факт существенно увеличивает общественную опасность таких преступных посягательств.

Следует отметить, результаты проведенного Общероссийским Народным Фронтом в 2019 году опроса, где около 52% медицинских работников, принявших участие в опросе, сообщили, что сталкивались со случаями нападения при исполнении своих должностных обязанностей. Чтобы изменить ситуацию, по мнению 77% опрошенных, нужно усилить меры уголовной ответственности за нанесение вреда здоровью медработников [9].

Таким образом, обобщая сказанное выше, нападение на медицинских работников несёт повышенную общественную опасность, обусловленную снижением доступности медицинской помощи в связи с особым статусом потерпевших, что серьёзным образом затрудняет медицинским работникам оказывать квалифицированную медицинскую помощь. В качестве решения стоящей проблемы, мы предлагаем на законодательном уровне закрепить в УК России статью 237.1 «Посягательство на медицинского работника в связи с осуществлением профессиональных обязанностей по оказанию медпомощи» [8] и изложить её в следующей редакции:

Часть 1. Применение насилия, не опасного для жизни или здоровья, либо угроза применения насилия в отношении медицинского работника при выполнении им профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи,

- наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода, осужденного за период до восемнадцати месяцев либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до пяти лет.

Часть 2. Применение насилия, опасного для жизни или здоровья, в отношении медицинского работника при выполнении им профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи,

- наказывается лишением свободы на срок до десяти лет.

Часть 3. Посягательство на жизнь медицинского работника при выполнении им профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи,

- наказывается лишением свободы на срок от восьми до двадцати лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо пожизненным лишением свободы.

Принятие указанной статьи будет выступать драйвером эффективному выполнению национального проекта Российской Федерации в области здравоохранения, а именно одной из целей ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 27.12.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. 17.06.1996, № 25.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. 05.12.1994. № 32.

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 06.03.2019) // Собрание законодательства Российской Федерации. 07.01.2002. № 1.

4. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ (ред. от 27.12.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации. 07.01.2002. № 1.

5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации». 28.11.2011. № 48.

6. Попова Н.М. Сравнительная оценка знаний врачебной этики у практикующих врачей, ординаторов и студентов // Заметки Ученого. 2017. С. 33-39.

7. Толмачев Д.А. Характеристика синдрома эмоционального выгорания, обусловленного профессиональной деятельностью медицинских работников//Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=15219376> (Дата обращения 05.10. 2018).

8. Национальные проекты Российской Федерации: сайт. Режим доступа: <https://clck.ru/FPDeM>. Загл. с экрана.

9. Общероссийский Национальный Фронт – статистические данные: сайт. Режим доступа: <https://clck.ru/FPDft>. Загл. с экрана.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Шабалина Вероника Анатольевна
студент ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)», Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY IN THE FIELD OF TRADITIONAL MEDICINE

Shabalina Veronika Anatolevna
student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассмотрены проблемы правового регулирования народной медицины, проанализированы характерные особенности административного регулирования данной сферы. Целью научной статьи является обеспечение защиты здоровья граждан Российской Федерации от пагубного влияния нетрадиционной мепаньдицины. В работе приводятся решения проблем установления административной ответственности в сфере народной медицины, в виде изменений и дополнений в статьи Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, связанных с применением народной медицины.

Ключевые слова: народная медицина; законодательное регулирование; медицинская деятельность; народный целитель; преимущества народной медицины.

ABSTRACT

This article deals with the problems of legal regulation of traditional medicine, analyzes the characteristics of the administrative regulation of this sphere. The purpose of the scientific article is to protect the health of citizens of the Russian Federation from the harmful effects of alternative medicine. The paper presents solutions to the problems of establishing administrative responsibility in the field of traditional medicine, in the form of changes and additions to the articles of the Code of the Russian Federation on administrative offenses related to the use of traditional medicine.

Keywords: folk medicine; legislative regulation; medical activities; folk healer; the advantages of traditional medicine.

Народная медицина – это одна из сфер обычной медицины, передаваемая народом из поколения в поколение эмпирических знаний и практических методов, применяемых для распознавания, лечения и предотвращения болезней. В настоящее время кто бы, что не говорил, но нетрадиционная медицина является крайне актуальной.

Такие выводы можно сделать из результатов социологического опроса, проводимого авторами научной статьи А.В Худяковым, Н.Д. Поздняковой, И.В. Кулигин «Отношение пациентов и врачей к нетрадиционной (народной) медицине». Из опроса получилось, что, как оказалось, врачи достаточно часто обращаются за лечением к методам нетрадиционной медицины – около 72% опрошенных. Интересно то, что обращаемость пациентов к методам народной медицины оказалось несколько ниже – 57 % [6, с. 132-133].

Народная медицина в России отнесена к деятельности в области здравоохранения. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее, ФЗ «Об основах охраны здоровья») также дает свое определение народной медицине. А именно часть 1 статьи 50 гласит, что «народной медициной являются методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья» [5].

Несмотря на то, что нетрадиционная медицина в правовом ее понятии появилась не так давно, тем не менее, в настоящее время она уже имеет ряд проблем: законодательное регулирование сферы народной медицины: правовое признание ее методов; откровенное лоббирование принятия законодательных актов в области использования народной медицины; устранение в обществе представлений об отсталости в народной медицине по сравнению с традиционной; систематизация накопленных традиций и знаний и формирование самостоятельного научного направления.

Как мы уже заметили, нетрадиционная медицина пользуется огромной популярностью не только среди пациентов, но и среди врачей. Поэтому, по нашему мнению, будет целесообразным законодательно урегулировать данную сферу.

Мы считаем, что существует необходимость создания нормативно-правового акта, который бы урегулировал деятельность альтернативной медицины. В данном законодательном акте должны быть прописаны следующие положения: понятие народной медицины и целительства, ее принципы, методы народной медицины, права и обязанности сторон данных отношений, ответственность за нарушение незаконным занятием народной медициной, требования, предъявляемые для лиц, занимающимися нетрадиционной медициной.

Кроме того, по мнению преподавателя кафедры специальных юридических дисциплин Иркутского государственного технического университета Г.Д. Ковригиной, новый нормативно-правовой акт должен выделять категории целителей и ввести обозначение деятельности, которой они занимаются. Это необходимо для того, чтобы отделить специалистов народной медицины от магов, колдунов и прочих людей, практикующих сомнительные методы воздействия на людей, не преследующих цели помощи пациентам. Кроме того, в данном законе следует указать организационные формы, в рамках которых народные целители могут осуществлять свою деятельность, и урегулировать иные аспекты «неофициальной» фармацевтической, лечебной и оздоровительной деятельности, способные сделать ее безопасной и полезной для человека [3, с. 92].

Хотелось бы отметить, что новый нормативно-правовой акт, полностью регламентирующий данную область, позволит обеспечить должное правовое регулирование в сфере народной медицины, станет более понятным и доступным для всех граждан.

Кроме того, необходимо заметить, что заниматься народной медициной разрешено не всем. Так, ФЗ «Об основах охраны здоровья» устанавливает для лица некоторые условия:

1. лицо должно иметь гражданство Российской Федерации;
2. лицо должно иметь разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья [5].

Мы считаем, что проблема состоит в том, что диплом целителя выдается после заявления гражданина или заинтересованной организации. Соответственно лицу нет необходимости получать высшее медицинское образование, заниматься практическими занятиями, совершенствовать навыки техники применения медицинского оборудования, а лишь достаточно назвать себя целителем, и можно заниматься медицинской деятельностью, когда получишь диплом и лицензию на осуществление данной деятельности. А последствия деятельности таких «специалистов» несут пациенты, без возможности медицинского страхования или какой-либо ответственности за загубленное здоровье.

Мы считаем, что часть 2 статья 50 ФЗ «Об основах охраны здоровья» требует корректировки: «право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, и имеющий диплом о высшем медицинском образовании».

Ведь народная медицина является разновидность медицинской деятельности. Соответственно, как справедливо отмечает преподаватель кафедры специальных юридических дисциплин Иркутского государственного технического университета Г.Д. Ковригина, к ней должны предъявляться адекватно высокие правовые требования, так как в случае нарушения правил этой деятельности может быть нанесен вред здоровью пациента [3, 90-91].

Безусловно, данное дополнение в статью позволит сократить число, пострадавших от «народных целителей», обеспечит защиту граждан от неквалифицированных специалистов и шарлатанов.

Обратимся к «Кодексу Российской Федерации об административных правонарушениях» (далее, КоАП), который устанавливает ответственность за занятие народной медициной без лицензии от соответствующего органа. Статья 6.2 «Незаконное занятие народной медициной» КоАП гласит, что «занятие народной медициной без получения разрешения, установленного законом, влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до четырех тысяч рублей» [4].

По нашему мнению, целесообразно внести в КоАП статью 6.2.1, которая бы устанавливала ответственность за причинение вреда здоровью лицами, занимающимися народной медициной в следующем виде: «лицо, занимающееся народной медициной, нарушившее права в сфере охраны здоровья, причинивший вред жизни и (или) здоровью при оказании гражданам услуг, привлекается к административной ответственности в виде административного штрафа от двухсот тысяч до одного миллиона рублей, в зависимости от степени вреда, нанесенного здоровью пациента».

Кроме того, актуально ввести в КоАП статью 6.2.2, устанавливающую ответственность не только лицам, занимающимся народной медициной, но и всех медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью пациентов небольшой и средней тяжести.

Для того чтобы узнать целесообразно ли вводить в КоАП новые статьи, устанавливающие ответственность за причинение вреда здоровью пациентам, мы провели социологический опрос в городе Ижевске. Количество опрошенных 30 человек.

Опрашиваемым были заданы следующие вопросы:

1. Считаете ли вы целесообразным привлекать к административной ответственности лиц, занимающихся народной медициной, деятельность которых причинила вред здоровью пациента?

2. Как, по вашему мнению, есть ли необходимость устанавливать административную ответственность не только лицам, занимающимся народной медициной, но и всем медицинским работникам, ненадлежащее исполнение обязанностей которых повлекла вред здоровью пациентов?

В итоге, получены обоснованные и вполне ожидаемые результаты, отраженные в таблицах 1,2.

Таблица 1

Считаете ли вы целесообразным привлекать к административной ответственности лиц, занимающихся народной медициной, деятельность которых причинила вред здоровью пациента?

| | |
|-------|-----|
| «Да» | 76% |
| «Нет» | 24% |

Таблица 2

Как, по вашему мнению, есть ли необходимость устанавливать административную ответственность не только лицам, занимающимся народной медициной, но и всем медицинским работникам, ненадлежащее исполнение обязанностей которых повлекла вред здоровью пациентов?

| | |
|-------|-----|
| «Да» | 90% |
| «Нет» | 10% |

Данные изменения позволят урегулировать отношения между лицами, осуществляющими деятельность в сфере народной медицины, и их пациентами, которые будут законодательно защищены от получения возможного вреда их жизни и (или) здоровью. Кроме того, способствуют соблюдению прав и законных интересов пациентов, будут носить некую профилактическую функцию предупреждения правонарушений в данной сфере.

Народная медицина в современности получила широкое распространение. Натываясь на какие-либо препятствия жизни, связанные со здоровьем, люди начинают искать помощь не только в традиционной медицине, но и прибегают к народным средствам, таким как: народная медицина и целительство. Стоит заметить, что даже многие врачи, наравне с традиционной медициной, используют рецепты народной, хотя еще недавно данное явление считалось антинаучным.

Существует множество мнений и взглядов на народную медицину. Например, член комиссии Российской академии наук (далее, РАН) по борьбе с лженаукой, доктор медицинских наук, профессор Высшей школы экономики В.В. Власов дал интервью в рамках цикла «Другой разговор», в котором отметил, что «альтернативная медицина – та, которая противостоит точной медицине и пытается подменить». По мнению Власова, народная медицина является результатом необразованности населения: упадком в образовании, науке, медицине[1].

Но, если рассматривать с другой стороны, то нетрадиционная медицина имеет и свои преимущества перед традиционной.

Во-первых, народная медицина проверена поколениями. Вспомните советы своих бабушек о том, что, например, при больном горле помогает молоко с медом и маслом, черная редька с медом – от кашля. Так, наших бабушек лечили их мамы, они – наших мам, а наши мамы – нас. Как бы то ни было, но рецепты народной медицины действительно работают, хотя бы для того, чтобы снять симптомы.

Во-вторых, мы имеем некое доверие к рецептам нетрадиционной медицины. Рецепты дошли до нас, следовательно, они являются эффективными даже в силу самого факта существования.

В-третьих, стоит заметить, что народная медицина использует доступные и недорогие средства – в отличие от официальной, цены на которую иногда запредельны[2].

В заключении можно отметить, что в настоящее время существуют все предпосылки для того, чтобы нетрадиционная медицина, как отрасль знаний и составляющая национальной культуры, сформировалось в самостоятельное научное направление, лежащее на стыке таких наук как физиология и экология. Стоит ли доверять народной медицине? Это индивидуальное дело каждого человека. А государство лишь создает те условия, принимает те нормативные правовые акты, которые будут удовлетворять желаниям общества в данной сфере.

Список литературы:

1. Интернет-портал ZNAK.COM. Власов Василий: «Дальше не хотел бы напрягать чувства верующих». [Электронный ресурс]. – Режим доступа. – URL: https://www.znak.com/2018-03-13/chlen_komissii_ran_po_borbe_s_lzhenaukoy_o_merzkoy_dissertacii_medinskogo_i_mrakobesii (дата обращения 11.05.2018).

2. Интернет-портал MEDABOUTME.RU. «Народная медицина: можно ли ей доверять»? [Электронный ресурс]. – Режим доступа. – URL: https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/alternativnaya_meditcina/narodnaya_meditcina_mozhno_li_ey_doveryat/ (дата обращения 6.05.2018)

3. Ковригина Г.Д. Правовое регулирование целительской деятельности в России: история вопроса и современные общеправовые начала // Медицинское право. – 2008. – № 4. С. 89-92.

4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 № 195-ФЗ // «Российская газета», № 256, 31.12.2001

5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Российская газета», № 263, 23.11.2011

6. Худяков А.В, Позднякова Н.Д, Кулигин И.В. Отношение пациентов и врачей к нетрадиционной (народной) медицине // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. Медицина и здравоохранение. 2013. № 9. С. 131-134

ПРОБЛЕМА КВАЛИФИКАЦИИ НЕЗАКОННОГО ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ СУБЪЕКТАМИ, ИМЕЮЩИМИ ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Штенникова Екатерина Валерьевна
студент ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

PROBLEM OF QUALIFICATION OF ILLEGAL CARRYING OUT OF INTERRUPTION OF PREGNANCY BY SUBJECTS HAVING HIGHER MEDICAL EDUCATION

Shtennikova Ekaterina Valerievna
student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Искусственное прерывание беременности незаконным путем – актуальная проблема для Российской Федерации. Исследовав судебную практику и теоретические исследования ученых, мы пришли к выводу, что в законодательстве есть некоторые пробелы, которые необходимо устранить. Поэтому мы предлагаем ряд решений, касаемо проблем в праве, касающихся ст. 123 УК России.

Ключевые слова: искусственное прерывание беременности, аборт.

ABSTRACT

Illegal conduct of artificial interruption of pregnancy is an actual problem for the Russian Federation. After studying the jurisprudence and theoretical studies of scientists, we came to the conclusion that the legislation has some gaps that need to be eliminated. Therefore, we propose a number of decisions concerning the problems in law relating to Art. 123 of the Criminal Code of the Russian Federation.

Keywords: artificial interruption of pregnancy, abortion

Согласно статистике, Российская Федерация занимает одно из лидирующих мест в мире по количеству аборт: их совершается более 1,5 миллион в год, причём вне больницы их количество достигает 12%. Известно, что по стране от абортов умирают около 300 женщин ежегодно, а ещё 400 тысяч имеют осложнения после их совершения. [7, 8]

Женщины нередко умирают от данной процедуры – 6 случаев из 100 тысяч произведённым абортов, это превышает показатель европейских стран и стран Северной Америки примерно в десять раз. [5]

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности регламентировано в ст. 123 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 г. [1] (далее – УК РФ). Ранее данная статья называлась «Незаконное производство аборта», однако Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» была переименована в настоящую «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности».

Изначально под «производством аборта» законодатель подразумевал скорее факт избавления от плода, а не результат, тогда как производство аборта с несоблюдением правил может привести к негативным последствиям, например, ухудшение состояния здоровья матери, её гибель, а также может отрицательно сказаться на физическом или психическом здоровье ребёнка, если аборт пройдет неудачно.

Поэтому законодатель исправил данный недочёт и переименовал ст. 123 УК РФ, назвав аборт как незаконное проведение искусственного прерывания беременности и описав его как процессом операции, так и её результатом.

Состав данного преступления – формальный, потому что преступление считается оконченным непосредственно с момента проведения искусственного прерывания беременности, однако с точки зрения ч. 3 ст. 123 УК России, когда прерывание беременности повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда здоровью, по объективной стороне состав можно считать материальным.

Уголовное законодательство аборт признаёт незаконным в том случае, если он проведён не имеющим высшего медицинского образования лицом, поэтому здесь присутствует специальный объект – соответственно лицо, достигшее возраста 16 лет, которое не имеет высшего медицинского образования соответствующего профиля (это хирург-гинеколог или акушер). Таким образом, согласно ч. 1 ст. 123 УК России основанием уголовной ответственности связано не со способом совершения преступления, а с его субъектом.

Субъективная сторона имеет две формы вины – умыслом по отношению к незаконному проведению искусственного прерывания беременности и неосторожностью по отношению к последствиям данной операции – смерти потерпевшей или причинения тяжкого вреда здоровью согласно ч. 3 ст. 123 УК России.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» здесь под тяжким вредом здоровью потерпевшей понимается стойкая утрата трудоспособности более чем на одну треть, утрата органа (например, органа, связанного с репродуктивной функцией), утрата органом его функций (к примеру, бесплодие или неспособность к вынашиванию детей) [2].

Так, например, в Приговоре по делу 1-233/2010г. Бикинского городского суда Хабаровского края от 27.12.2010 года [6] Мещерова ФИО8 по просьбе ФИО5 совершила искусственное прерывание беременности. Мещерова ФИО10 являлась лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля. Реализуя свой преступный умысел в полном объеме, Мещерова ФИО11 умышленно, с целью прерывания беременности у ФИО5, предвидя возможность наступления общественно опасных последствий своих действий в виде причинения тяжкого вреда здоровью ФИО5, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывая на предотвращение этих последствий, при помощи одноразовой иглы и трубок из прозрачного материала ввела в полость матки ФИО5 мыльный раствор в объеме 40 миллиграмм, являющийся щелочным раствором. Данные противоправные действия Мещеровой ФИО12 повлекли прерывание беременности у ФИО5 на сроке 24 недели с развитием выкидыша и внутриутробной смерти плода. При этом прерывание беременности с развитием выкидыша и внутриутробной гибелью плода квалифицируется как тяжкий вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройства жизненно важных функций, которые не могли быть компенсированы организмом самостоятельно. Мещерову ФИО18 суд признал виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 123 УК РФ и назначил наказание в виде 2 лет лишения свободы.

Однако действующая норма, регламентирующая незаконное поведение искусственного прерывания беременности имеет ряд проблем, которые подвергают неправильному толкованию или квалификации преступления, связанного с незаконным проведением искусственного прерывания беременности.

Потерпевшей, как уже было сказано, является беременная женщина, но прерывание беременности направлено непосредственно на зародыш человека, то есть эмбрион. Уголовное законодательство эмбрион потерпевшим не признаёт, потому что его ещё нельзя назвать человеком. Даже медицина Российской Федерации начальным моментом жизни

признаёт лишь момент рождения – отделения плода от тела матери, данный начальный момент жизни не может быть перенесён на ранние стадии внутриутробного развития [3].

К условиям правомерности аборта относятся проведение прерывания беременности только в медицинских учреждениях и лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля; осуществление прерывания беременности на сроке до 12 недель по общим правилам, до 22 недель – по социальным показаниям, а также независимо от срока беременности – при наличии медицинских показаний. То есть независимо от срока беременности эмбрион не считается человеком и его убийство не влечёт за собой квалификацию по ст. 105 УК России.

Но вместе с этим в некоторых странах мира объектом незаконного прерывания беременности действительно считается зародыш человека с момента зачатия непосредственно до полного отделения плода от тела матери, а не здоровье или жизнь самой беременной женщины.

Такой подход можно считать логичным, ведь зародыш, хоть и не будучи человеком, его можно косвенно считать объектом аборта, потому что теоретически объект состава преступления - это то, на что направлено посягательством, а в этом случае им является плод человека.

Однако согласно отечественному законодательству объектом может быть что-то материальное, а эмбрион материальным на момент беременности не является. А также, если опираться на зарубежный опыт, при защите зародыша не учитываются интересы и здоровье беременной женщины. И наконец, если признавать эмбрион объектом преступления, это повлечет за собой проблемы квалификации преступления и разграничения таких деяний как убийство (ст. 105 УК РФ) и незаконное проведения искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ).

Если умирает в данном случае уже рождённый ребенок, он должен считаться объектом преступления, но в составе преступления убийства, то есть ст. 105 УК РФ. То есть если вследствие незаконного аборта начинаются роды и рождается ребенок, а его убивают, такое деяние следует квалифицировать по совокупности преступлений, которые предусмотрены ст. ст. 105 и 123 УК РФ.

То есть, если бы момент определения зародыша человеком будет перенесен на начальный момент (момент зачатия), такое деяние в любом случае следует квалифицировать по совокупности преступлений – ст. 105 и ст. 123, но тогда бы какой смысл был бы в ст. 123? Ч. 1 ст. 123 УК РФ своим объектом бы считала человеческий плод, а ч. 3 ст. 123 УК РФ – жизнь и здоровье человека, то есть ст. 105 УК РФ и ст. 111 УК РФ.

Поэтому мы считаем, что криминализация данного преступления не имеет места быть.

Также проблемой квалификации данного преступления является тот факт, что в диспозиции ч. 1 ст. 123 УК РФ субъектом является лицо, у которого отсутствует высшее медицинское образование квалифицирующего профиля. Но странной кажется та мысль, что производство аборта вне соответствующего медицинского учреждения, при наличии противопоказаний у беременной женщины не наказывается согласно уголовному законодательству.

Даже при наличии высшего медицинского образования соответствующего профиля вне медицинского заведения нет необходимого оборудования, препаратов и прочего, поэтому беременной женщине может быть причинен тяжкий вред здоровью или смерть по неосторожности, а также в случае рождения ребёнка он также может погибнуть или уже ему может быть причинён вред здоровью.

Поэтому мы считаем, что необходимо внести изменения в действующую ч. 1 ст. 123 УК РФ и представить её в следующей редакции: «Проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, вне медицинского учреждения в месте, не соответствующем для проведения

искусственного прерывания беременности, а равно при наличии медицинских противопоказаний к операции искусственного прерывания беременности».

В некоторых странах норма, регламентирующая незаконное проведение искусственного прерывания беременности, разделена на две статьи в зависимости от субъекта преступления – незаконное прерывание беременности, произведённое врачом и незаконное прерывание беременности лицом, не имеющим соответствующего образования.

Поэтому мы предлагаем внести изменения в действующий Уголовный кодекс Российской Федерации и дополнить его статьей 1231 «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля», которая бы закрепляла ответственность для врачей, проводившим прерывание беременности вне медицинского учреждения в антисанитарных условиях, при наличии у беременной женщины противопоказаний к искусственному прерыванию беременности.

Подводя итог вышесказанному, мы можем смело утверждать, что уголовное законодательство, регламентирующее незаконное проведение искусственного прерывания беременности, содержит множество пробелов и проблем квалификации преступления.

Во-первых, необходимо закрепить законодательно определение момента совершения незаконного прерывания беременности для устранения проблем квалификации преступления.

Во-вторых, необходимо внести изменения в ч. 1 ст. 123 УК РФ и дополнить диспозицию статьи критериями отнесения искусственного прерывания беременности к незаконному.

В-третьих, необходимо ввести ст. 1231 «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля», которая бы закрепляла ответственность для врачей, проводившим прерывание беременности вне медицинского учреждения в антисанитарных условиях, при наличии у беременной женщины противопоказаний к искусственному прерыванию беременности.

Такие изменения устранили бы имеющиеся правовые пробелы в уголовной сфере, а также проблемы при квалификации такого преступления как незаконное проведение искусственного прерывания беременности.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о регистрации и порядке ее выдачи».
4. Комментарий к УК России / Под ред. В.М. Лебедева. М., 2005. С. 298; Козаченко И.Я. Актуальные проблемы борьбы с преступностью. Свердловск, 1989.
5. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения - 03.02.2014).
6. Приговор по делу 1-233/2010г. Бикинского городского суда Хабаровского края от 27.12.2010 года
7. Калугина Н.Г., Мурин С.В. Проблема статистического учета преступлений коррупционной направленности в процессе криминологического исследования. Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2017. № 4 (14). С. 79-86.
8. Тенденции преступности, ее организованности, закон и опыт борьбы с терроризмом. М., 2012.

ПРОБЛЕМЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Юшкова Анна Михайловна
студент ФГБОУ ВО «Всероссийский
государственный университет юстиции
(РПА Минюста России)» Ижевский институт (филиал)
г. Ижевск

PROBLEMS OF INDEMNIFICATION OF THE HARM REDUCED AS A RESULT OF NON-RELATING PROVISION OF MEDICAL SERVICES

Yushkova Anna Mihaylovna
student of the all-Russian state University of justice (RPA of the Ministry of justice of
Russia), Izhevsk Institute (branch), Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье представлены проблемы и сложности, возникающие при реализации права граждан на возмещение вреда, причиненного в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи. Рассмотрено понятие ненадлежащего оказания медицинских услуг, а также претензионный порядок производства такого рода споров. Предложены меры, по изменению и дополнению условий договора об оказании платных медицинских услуг, которые улучшат процесс возмещения вреда.

Ключевые слова: ненадлежащее оказание медицинских услуг, вред здоровью, договор об оказании медицинских услуг, возмещение.

ABSTRACT

The article presents the problems and difficulties arising in the exercise of the right of citizens to compensation for harm caused as a result of inadequate medical care. The concept of inadequate medical services, as well as the complaint procedure for the production of such disputes. The proposed measures to amend and supplement the terms of the contract for the provision of paid medical services that will improve the process of compensation for harm.

Keywords: inadequate provision of medical services, harm to health, contract for the provision of medical services, compensation.

На протяжении жизни человек сталкивается с разными ситуациями, и вынужден преодолевать различные трудности. В том числе трудности, связанные со здоровьем. Наше государство берет на себя обязанность предоставлять каждому, кто нуждается в лечении, медицинскую помощь, в том числе и бесплатную. Об этом гласит ч.1 ст.41 Конституции Российской Федерации: «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» [1]. Каждый в нашем государстве сталкивался с оказанием медицинских услуг, но не каждый остался доволен их результатами и последствиями.

Судебных прецедентов по спорам, связанным с ненадлежащим оказанием медицинских услуг, довольно много, поэтому мы считаем выбранную тему актуальной. В указанной тематике можно выделить несколько проблем.

Первая проблема, с которой мы столкнулись, заключается в том, что нигде не закреплено понятие ненадлежащего оказания медицинских услуг. В Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" установлено исключительно понятие качества медицинской помощи, а именно в п. 4 указано, что качество обеспечивается применением порядков оказания

медицинской помощи и стандартов медицинской помощи [2]. Такой трактовки недостаточно, поэтому мы предлагаем нормативное закрепление параметров, по которым можно определить, что медицинская услуга была оказана ненадлежащим образом.

Если услуга была выполнена ненадлежащим образом и повлекла вред жизни или здоровью пациенту, то медицинская организация должна возместить вред. Возмещение вреда - это компенсация за вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица [3]. Обязательства, возникающие вследствие причинения вреда, и общий порядок возмещения вреда определены в гл. 59 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее - ГК РФ).

Основания для возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина при оказании медицинских услуг, могут быть установлены договором. То есть договор об оказании медицинских услуг является неотъемлемой частью такого рода правоотношений. Согласно законодательству, такой договор в обязательном порядке должен включать в себя:

- а) сведения об исполнителе;
- б) фамилию, имя, отчество(далее-ФИО), адрес места жительства и телефон заказчика;
- в) перечень платных медицинских услуг;
- г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
- д) условия и сроки предоставления платных услуг;
- е) должность, ФИО лица, заключающего договор от имени исполнителя и его подпись, ФИО заказчика и его подпись.
- ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- з) порядок изменения и расторжения договора [4].

Мы считаем данный перечень условий неполным, и предлагаем внести в него следующие пункты:

а) Договор должен содержать в себе информацию об оборудовании, которое будет использоваться при оказании услуг, а именно дата начала эксплуатации, срок службы, возможные погрешности при лечении или диагностике. Для того чтобы пациент мог оценить возможные риски;

б) Информацию о применяемых и назначаемых препаратах, а именно показания к применению, их побочные действия;

в) Порядки и стандарты оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг;

г) Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисков, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, и ожидаемых результатах медицинской помощи.

Только при наличии данных пунктов договор будет иметь не просто формальный характер, а сделает стороны более ответственными при исполнении своих обязательств.

В судебной практике встречаются такие случаи, когда пациент умирает при оказании медицинских услуг, не из-за ненадлежащего оказания медицинской помощи, а по иным независимым от врача причинам. В данном случае отсутствуют основания для возмещения вреда, мы считаем, что это еще одна проблема, которая требует решения. Предлагаем производить возмещение вреда в том случае, если у погибшего находились на иждивении несовершеннолетние дети, или нетрудоспособные иждивенцы. Так как эта категория лиц, остается незащищенной в данных правоотношениях.

Ранее мы упоминали о том, что споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг, возникает много, и это создает дополнительную нагрузку на суд. Поэтому возникает проблема длительного возмещения вреда, то есть большое количество времени затрачивается на изучение материалов дела, экспертизы, слушание свидетелей, истцов и ответчиков. Поэтому мы предлагаем, чтобы законом был установлен претензионный порядок разрешения данного конфликта. Для того чтобы стороны могли самостоятельно, без обращения в суд могли восстановить нарушенные права и

урегулировать возникшие разногласия. Конечно, установить такой порядок нужно только для тех случаев, когда причинен легкий вред здоровью или заказчик не доволен качеством оказания услуг. Приведем пример из судебной практики: <Истица Устич Т.В. обратилась в суд с иском к ООО «Здоровье-плюс» и просила суд расторгнуть договор оказания стоматологических услуг, заключенный между ООО «Здоровье-плюс» и истицей Устич Т.В. хх года. В обоснование своих требований истица Устич Т.В. указала, что в хх года она обратилась в клинику ООО «Здоровье-плюс» за платными медицинскими услугами по полному протезированию полости рта, о чем хх г. с ней был заключен договор о возмездном оказании услуг. С этого времени специалисты клиники приступили к поэтапному зубопротезированию. Она на протяжении нескольких месяцев многократно приезжала для производства необходимых стоматологических процедур: пломбирование зубов, удаление нервов, вставление штифтов. Денежные средства в оплату стоимости услуг по предварительной достигнутой договоренности она вносила частями. Зубопротезирование ей до сих пор не осуществлено в полном объеме, а установленная конструкция в течение всего этого периода доставляла ей существенные неудобства и болезненные ощущения. Длительное время она обращалась к специалистам той же клиники для устранения этих недостатков. Её осматривали, производили какие-то незначительные врачебные манипуляции. Не получив должного лечения, она обратилась за консультацией по этому поводу к врачам другого медицинского учреждения. При осмотре врач сообщил, что зубопротезная конструкция установлена ей неправильно, и устранить имеющиеся недостатки без удаления и полной замены всей конструкции теперь невозможно. Так как, недостатки, обнаруженные в оказанных ей медицинских услугах являются существенными, а доверия к фирме ответчика у неё более нет, истец считает необходимым расторгнуть заключенный с ней договор и взыскать с ответчика стоимость оплаченных по договору услуг, расходы, которые она понесла и вынуждена будет понести для устранения недостатков протезирования, компенсацию морального вреда за причиненные некачественным оказанием услуг, физические и нравственные страдания, а также судебные расходы, связанные с рассмотрением дела [5]. Подобные споры, можно было бы решать в претензионном порядке.

Таким образом, мы видим, что договорные отношения, связанные с оказанием медицинских услуг, являются сложными и проблемными. Мы выявили несколько проблем, связанных с возмещением вреда по этому договору, и предложили пути их решения. Для более точного понимания о ненадлежащем оказании медицинских услуг нужны качественные параметры и критерии их определения, условия договора должны быть более конкретными и содержательными, претензионный порядок разрешения значительно облегчит работу судов и ускорит процедуру возмещения вреда.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г.// Собрание законодательства Российской Федерации N 31. 2014. Ст. 4398.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации// Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
3. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 18.04.2018) // Собрание законодательства Российской Федерации, 29.01.1996, N 5, ст. 410.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 4.10.2012 N 1006 Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг// Собрание законодательства Российской Федерации, 8.10.12, N 41 ст.5628.
5. Решение Белогорского районного суда Амурской области от 12.10.2010 //Справочно-правовая система РосПравосудие: сайт. Режим доступа:

<https://rospravosudie.com/court-ustinovskij-rajonnyj-sud-g-izhevskaja-udmurtskaja-respublika-s-act-465770907/>. Загл.с экрана.

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ВОПРОСЫ ТЕОРИИ
И ПРАКТИКИ**

Сборник научных статей, докладов
международной научно-практической конференции

18 апреля 2019 года

Тексты публикаций представлены в авторской редакции

Отпечатано с оригинал-макета заказчика

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Всероссийский государственный университет юстиции (РПА Минюста России)»
Ижевский институт (филиал)
426052, Удмуртская Республика, город Ижевск, ул. Заречное шоссе, 23

Подписано в печать 15.04.2019. Формат 60x84/16
Усл. печ.л. 18,02
Тираж 150 экз. Заказ № 233.

Отпечатано в типографии «Алмаз принт»
(ИП Насырова Е.В., ИНН 182701767164)
427960 УР, г. Сарапул, ул. Горького 20 «б»
Тел. 8-922-963-22-02.