

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

НОВОСИБИРСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ  
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
«АССОЦИАЦИЯ ЮРИСТОВ РОССИИ»

# **ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ**

**Сборник материалов  
III Всероссийских медико-правовых чтений**

(21 апреля 2023 года, Новосибирск)

Новосибирск  
2023

УДК 614.251(063)  
ББК 51.1(2)  
П68

**Редакционная коллегия:**

д-р мед. наук, профессор Ю.И. Бравве  
д-р мед. наук, профессор А.В. Калиниченко  
д-р юрид. наук, профессор Н.Ю. Лебедев  
канд. мед. наук И.В. Васильев  
д-р мед. наук, доцент В.А. Борцов  
канд. мед. наук А.Г. Горелкин

**Рецензенты:**

д-р мед. наук, профессор В.П. Новоселов  
д-р мед. наук, профессор В.М. Чернышев

**П68 Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание: сб. материалов III Всероссийских медико-правовых чтений (Новосибирск, 21 апреля 2023 г.). – Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2023. – 103 с.**

В сборник материалов включены статьи, посвященные актуальным теоретико-правовым вопросам регулирования медицинской деятельности, юридической ответственности в здравоохранении, медицинской экспертизы, практическим вопросам специального правового регулирования в здравоохранении.

Материалы издаются в авторской редакции.

**УДК 614.251(063)  
ББК 51.1(2)**

© НГМУ, 2023

# **ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

---

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ**

Барбашина Э.В.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Традиционно основным отличием человека от животных считается разум. История человека разумного неразрывно связана с формированием таких моральных качеств, как долг, честь, совесть, достоинство, ответственность. Некоторые из них наряду с морально-нравственным статусом имеют также формально-правовой, закреплённый законодательно. Это в большей степени относится к тем видам профессиональной деятельности, которые предполагают взаимодействие по типу «человек – человек», и в первую очередь это относится к профессиональной деятельности медицинских работников.

Тема юридической ответственности за ненадлежащее врачевание является актуальной по ряду причин. Во-первых, она связана с восстановлением и сохранением здоровья, общественного и индивидуального, которое, в свою очередь, является основой экономического, социального развития страны и личного благополучия. Более того, здоровье относится к основным ценностям, что закреплено в Конституции Российской Федерации: каждый имеет право на жизнь (ст. 20), охрану здоровья (ч. 2 ст. 7), охрану здоровья и медицинскую помощь, причем помощь оказывается в государственных и муниципальных учреждениях оказывается за счет бюджета, страховых взносов, других поступлений (ст. 41). Во-вторых вопрос об юридической ответственности является актуальным для обсуждения в связи с тем, что до настоящего времени не разрешены методологические вопросы, связанные с явным родовидовым определением понятия «ненадлежащее врачевание» и связанные с ним понятия «врачебной ошибки», «дефект медицинской помощи» и другие: с определением причинно-следственной связи между действием (причиной) и бездействием (потенциальной причиной) и следствием, точно так же как не прояснен характер причинно-следственной связи между действиями врача и негативными последствиями для пациента.

Об актуальности темы юридической ответственности за ненадлежащее врачевание свидетельствует анализ истории медицины. Практически с первых дней существования человечества развивается врачебное искусство, и одновременно с этим за врачом закрепляется необходимость нести ответственность за проводимое лечение, а в случае неудачного исхода – наказание. В начале человеческой истории было определено равное наказание за некоторые телесные повреждения больного. В культурах Древнего Востока, наказание достаточно часто осуществлялось по принципу талиона, *lex talionis*, (равного возмездия) или штрафа. Однако в Древнем Египте врач не подлежал наказанию, при условии, чтоб было доказано, что он действовал в соответствии с правилами, которые были изложены в 36 медицинских трактатах. В Древней Греции существовала практика сурового общественного порицания врачей за ошибки в лечении и злоупотребления. Последствия проявлялись в потере уважения, статуса, врачебной практики, а, следовательно, и дохода.

Наказание за ненадлежащее исполнение врачебных обязанностей было достаточно строгим на протяжении всей истории человечества, и не всегда справедливым. Мы вправе предположить, учитывая сравнительно низкий уровень развития медицины, что врач далеко не всегда был виновен в смерти, или ухудшении состояния больного после проведенного лечения.

Профессия врача оставалась достаточно опасной в странах Европы достаточно долго, вплоть до XIII века, ибо смерть пациента влекла за собой наказание врача, в том числе и смертельное. В Испании врач платил штраф за ухудшение здоровья пациента из благородного сословия после медицинских процедур. А в случае смерти такового врач выдавался родственникам больного... В России отношение к врачам, причинившим вред здоровью, было не менее строгим и предусматривало наказание в виде пыток либо смертной казни. Отличие же состояло в том, что по преимуществу это были врачи-иностранцы, и их действия рассматривались как преступления против государственных интересов, поскольку помощь они оказывали царским особам.

Развитие законодательства, определяющего оказание медицинской помощи в целом, и ненадлежащее врачевание, связано с именем Петра I. Им были изданы Указы «О наказании лекарей за умерщвление больных по умыслу и по неосторожности» (1686 г) и «О наказании незнающих Медицинских наук, и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным» (1700 г). Военский устав (1716 г) и Морской устав (1720 г) также содержали формулировки наказания врачей за ненадлежащее исполнение своих обязанностей. В документах XVIII и XIX вв. была систематизирована организация врачебной помощи и регламентирована профессиональная деятельность врача. Нарушение законодательных требований влекло за собой штрафы, арест от семи суток до трех месяцев или

смерть. Строгость наказания, требование казни смертью тем, кто «нарочно или не нарочно кого уморит, а про то сыщится» нивелировалась необязательностью исполнения.

В дореволюционной России юридическая ответственность врача предполагалась не только за отказ от оказания медицинской помощи тяжело больному, и осуществление медицинской деятельности лицами, не имеющими на это право, но и за неправильное лечение, за неправильную дозу лекарств, за ошибки в диагностике.

Актуальность обсуждения темы юридической ответственности за ненадлежащее врачевание (врачебной ошибки, ятрогении в широком смысле, дефекты в работе медицинского работника, дефект медицинской помощи, «казус», «упущение» и т. д.), кроме причин, рассмотренных выше, обусловлена отсутствием единой законодательной базы для определения «медицинским составам». Сложности начинаются на уровне применяемых понятий, неполный список которых приведен выше.

Для решения «понятийной» проблемы предлагаются разные варианты. Данилов Е. О. считает правильным для обозначения неблагоприятных последствий, в том числе причинение вреда пациенту, употреблять понятие «медицинский инцидент» как более широкое по объему понятие. А для обозначения инцидентов, причиной которых стала ненадлежащее оказание медицинских услуг, применять меньшее по объему понятие – «дефект медицинской помощи»<sup>1</sup>. Содержание понятия «дефект медицинской помощи» практически тождественно понятию «ненадлежащая медицинская помощь», ибо и то, и другое осуществляются с нарушением правил ее оказания. Дополнительным аргументом в пользу данной терминологии, по мнению автора, является известная классификация дефектов медицинской помощи Ю.С. Зальмунина. Она включает: умышленные преступления, неосторожные действия, врачебные ошибки, несчастные случаи. Основой данной классификации является понятие «врачебная ошибка», по поводу которой также отсутствует единой общепринятое мнение. И основной спор идет относительно добросовестности – недобросовестности как критерии различения.

Квалификация осуществляется по разным статьям Уголовного Кодекса в зависимости от наступивших последствий. Вариантами последних являются: причинение смерти (ч. 2 ст. 122), причинение тяжкого вреда здоровью (ч. 2 ст. 118). В данных статьях отсутствует прямое указание на субъекта преступления, но формулировка «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей» включает, в том числе медицинского работника. А значит, возможно их привлечение к уголовной ответственно-

---

<sup>1</sup> Данилов Е. О. Юридическая квалификация дефектов медицинской помощи // Актуальные проблемы российского права. 2021. Т. 16, № 5 (126). С. 128. DOI: 10.17803/1994-1471.2021.126.5.123-138

сти. Однако данные формулировки не учитывают специфику профессиональной деятельности медицинского работника, что неизбежно ведет к проблемам квалификации преступлений. Ситуация усложняется тем, что уголовное право учитывает те ошибки, которые приводят к смерти либо к причинению тяжкого вреда здоровью пациента. Обязательным условием наступления уголовной ответственности является вина, в то время как для гражданско-правовой ответственности наличие вины не является обязательным условием. И поэтому в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (21 ноября 2011 г № 323, ред. От 03.08.2018 г) в случае причинения вреда жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи, он возмещается медицинскими организациями. «Разрыв» между врачом как субъектом профессиональной деятельности, и медицинским учреждением, как субъектом ответственности, неизбежно приводит к сложностям квалификации действий врача.

Уголовная ответственность врача возможна при соблюдении следующих критериев, квалифицирующих ненадлежащее лечение: действия медицинского работника были объективно ошибочными, то есть противоречащими (не соответствующими) общепризнанным правилам и стандартам; медицинский работник должен был понимать неправильность своих действий на основе полученного образования и занимаемой должности; неправильные действия медицинского работника способствовали наступлению негативных последствий, то есть смерти или существенному вреду здоровью пациента. Отсутствие этих условий, отсутствие состава преступления, делает невозможным уголовную ответственность врача, но не исключает гражданско-правовую ответственность медицинского учреждения.

Однако уголовная ответственность по делам с материальным составом преступления возможна только при наличии причинно-следственной связи между действием (бездействием) и негативными последствиями. Другими словами, должно быть четко определено, что наступление негативных событий является обязательным следствием, однозначным, неизбежным, объективным, наступившим позже действия (бездействия) причины.

О сложности определения связи между причиной и следствием в юриспруденции, криминологии, в медицине права свидетельствуют многочисленные дискуссии и предлагаемые варианты: теория равновесных условий, теория «всеерной» причинности, теория необходимой и случайной взаимосвязи причины и следствия и другие.

Выходом из сложившейся ситуации является обращение к способам получения индуктивного вывода, которые в своей совокупности повышают степень вероятности получения правильного вывода. К ним относятся метод единственного сходства, метод единственного различия, объединенный метод сходства и различия, а также более «слабые» методы остатков и метод сопутствующих изменений.

# **РОЛЬ ПРАВОВОГО ОБЫЧАЯ В РЕГУЛИРОВАНИИ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Васильев И.В.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Спор о том, является ли медицина наукой или искусством длится с разной степенью интенсивности с момента формирования науки в современном ее понимании, то есть с XVIII века. В данной работе мы попробуем сформулировать подходы соотношения медицины и права в контексте изменений, произошедших в нашей стране за постсоветский период.

В СССР медицина функционировала как область государственной деятельности, направленной на профилактику и обеспечение здоровья народонаселения. Данное положение медицины было закреплено законодательно и не вызывало споров. С некоторыми оговорками медицина находилась в области административно-правового регулирования. Управленческой воздействие, благодаря выстроенной организационной системе, распространялось сверху вниз, от Министерства здравоохранения к каждому конкретному врачу. Следует отметить, что в таких условиях функционирования медицины субъектность пациента была максимально ограничена, поскольку народонаселения рассматривалось как объект управленческого воздействия. Радикальные реформы, произошедшие в России в конце XX века, привели к радикальному изменению порядка взаимодействия государств и личности, что было отражено в Конституции.

Наиболее значимым для конституционного регулирования медицины было провозглашение охраны и защиты прав и свобод человека и гражданина основной целью всей государственной машины (статья 2, статья 18 Конституции РФ). В полном соответствии с конституционным принципом законы Российской Федерации закрепляли данное регулирование применительно к конкретным отношениям. Не исключением стала и медицина, фактически сменившая основную цель с обеспечения здоровья населения на соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья (часть 1 статьи 4 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», далее – Закон 323-ФЗ). Вместе с тем, наибольшей рефлексии подвергся принцип признания РФ правовым государством, что было прямо истолковано как обязанность прямого нормирования всех случаев взаимодействия гражданина с государством и иными субъектами в нормативно-правовых актах. Огромное количество нормативно-правовых актов появилось и в сфере здравоохранения. При этом сама структура Закона 323-ФЗ позволяет сказать, что практически все правовое регулирование

«спущено» на уровень подзаконного правового регулирования специальным уполномоченным органом в сфере здравоохранения – министерства здравоохранения РФ. При таком механизме министерство регулирует само себя, иных субъектов медицинской деятельности, а также прав и свобод граждан. При таком подходе министерство стало воспроизводить регулирование способом прямого администрирования. Является ли данный подход обоснованным? По сути вся правовая система государства является герменевтически единым текстом, где каждая конкретная норма должна осмысливаться в контексте Конституции.

Безусловно, изменение правовой системы требует изменения правового регулирования, однако можно ли говорить, что советская медицина не была урегулированной? Очевидно – нет. Медицина нормативна и это ее имманентное свойство, она состоит из правил. Известное с древних времен правило «ubi pus – ibi incisio» – «гнойник должен быть вскрыт» – представляет собой норму поведения, в которой есть гипотеза и обязывающая диспозиция. Вся медицина представляет собой некий набор норм с обязывающими, дозволяющими или запрещающими диспозициями. Более того нормы изложены системно и выстроены иерархически и по отраслям медицины, каждая из которых имеет свой предмет и метод. Вместе с тем медицинские нормы не имеют санкций, описываются лишь последствия для здоровья пациента нарушения того или иного правила.

Это свойство и отсутствие контрсубъекта в правовом смысле медицинского отношения позволяло в советское время причислять медицинские правила к технологическим нормам, подобным правилам работы токаря при обработке металла. Вопросов о медицинском праве не возникало за исключением уголовной ответственности за совершение преступлений при оказании медицинской помощи. Однако уже в 70-х годах прошлого века появились представления о гражданско-правовом характере отношений при оказании медицинской помощи. Введенная в 1996 г. вторая часть Гражданского кодекса РФ прямо отнесла медицинскую услугу к договорам возмездного оказания услуги и, таким образом, прямо закрепила факт гражданско-правового регулирования медицинских правоотношений, признав медицинскую организацию услугодателем, а пациента – услугополучателем.

Сама по себе услуга представляет собой полезную деятельность, удовлетворяющую потребности в ней нуждающегося. При этом содержание медицинской деятельности фактически не изменилась, все так же оставаясь урегулированной своими правилами, но произошло существенное изменение ее юридического содержания. Пациент стал субъектен и свободен в выборе своего поведения при оказании медицинской услуги. Принцип добровольного информированного согласия закрепленный в 20 статье Закона 323-ФЗ и развивающий положения Конституции РФ предписывает полное достоверное предварительное информирование пациента о вмешательстве

(действию или деятельности) и достижение соглашения путем письменного согласия на предложенное вмешательство, выбора видов вмешательства.

Таким образом, «технологические нормы» медицины социализируются в гражданско-правовом отношении, пациент должен понимать, что ему может быть выполнено, с какой целью, понимать результаты и осложнения возможных действий – деятельности. При этом пациент проявляет свою волю при выборе варианта (метода) вмешательства. То есть действия становятся предметом гражданского правоотношения.

В связи с вышесказанным возникает вопрос: имеют ли медицинские нормы правовой характер в современности? Отечественная правовая доктрина признает несколько видов источников права, то есть форм внешнего выражения и закрепления норм. Помимо нормативно-правового акта к ним относится и правовой обычай – правило поведения сложившееся в результате многократного применения. Основой правового обычая является его признание и санкционирование государством. Самым ярким примером является обычай делового оборота в гражданском праве. Существование данного источника достаточно часто рассматривается как некий правовой рудимент, как недоработка нормотворческих органов. Однако, по нашему мнению, устойчивость обычая как источника права имеет естественное и важнейшее значение для любой правовой системы и особенную роль в регулировании медицины. Медицина сама по себе является правовым обычаем. Правила медицины сложились путем не только многократного применения, но и путем длительного последовательного и системного развития. Медицинский обычай санкционирован государством путем санкционирования образовательной программы, становясь частью права. Именно это позволяет в процессе преподавания обязывать будущего врача в определенной ситуации произвести манипуляцию фактически выполняющую объективную сторону причинения вреда, например ампутацию.

Более того мы полагаем, что подобное регулирование не может быть заменено на регулирование нормативно-правовыми актами по нескольким причинам. Во-первых, медицинский обычай устроен иерархически сложно и представляет собой огромный объем взаимно увязанных правил, которые невозможно уложить в нормативно-правовой акт. Во-вторых, медицинский обычай достаточно быстро меняется, развивается, оставаясь неизменным в базисе – опоре не на воле субъектов, а на биологических объективных закономерностях, что невозможно при принятии нормативно-правовых актов хотя бы по скорости изменения. Нормативно-правовые акты в медицине выстроены по нозологическому принципу, тогда как правоотношения складываются между конкретными субъектами и лечить надо не болезнь, а больного с сопутствующими заболеваниями, осложнениями или даже конкурирующими заболеваниями. Установление административного регламента врачевания объективно препятствует развитию медицины, поскольку

любой выход за него является правонарушением. Однако правовое регулирования отечественной медицины пошло именно по пути административного регулирования с появлением статьи 37 Закона 323-ФЗ, принимая обязательные клинические рекомендации, нарушение которых трактуется КОАП как проступок, предусмотренный статей 19.20. Большое количество административных постановлений было вынесено судами во время эпидемии «COVID-19» (см. например постановление Серовского районного суда Свердловской области по делу № 5-39/2021 от 22.01.2021). Изменение правил лечения происходило чрезвычайно быстро. Суды выносили постановления о нарушении временных методических рекомендаций версии 8.1 в то время, когда они уже не действовали. Кроме того, в практике вырабатывается позиция о формальности состава статьи 19.20 несмотря на то, что положения пункта 10 статьи 19.2. Закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» и пункта 7 положения «О лицензировании медицинской деятельности» прямо предусматривают усеченный или материальный составы. Это может приводить не только к невозможности развития медицины как таковой, но и к наказанию за спасение жизни больного. Итак, медицина представляет собой правовой обычай, санкционированный государством. Попытка заменить его прямым административным нормированием приводит к негативным последствиям и нарушает права граждан и медицинских организаций.

## **О ЧАСТНОМ И ПУБЛИЧНОМ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Медведев С.В.

*Правовое Агентство Медведевых (Новосибирск)*

---

Несколько лет назад в статье «К вопросу о правоохранительной функции здравоохранения» (И.В. Васильев, С.В. Медведев // Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения. Материалы международной научно-практической конференции. Новосибирск, 2005. Т. 2. С. 79–82) авторами были сформулированы следующие тезисы:

- правовой статус гражданина России содержит право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья; государство обязано защищать это право (статья 2 Конституции РФ);

- здравоохранение – функция государства по защите права граждан на наивысший достижимый уровень здоровья; здравоохранению присуща именно правоохранительная функция, которая может быть реализована лишь при структурном отчуждении от медицины;

- задачей медицинских учреждений не должно и не может быть администрирование, их целью является оказание медицинской помощи населению.

Изложенные выводы были обусловлены наличием определенных основ структурного размежевания здравоохранения и медицины, отражали перспективы взаиморасположения частного и публичного уровней их регулирования.

Несколько мыслей по поводу претворения в жизнь названных ранее положений.

В нашем извечном желании унифицировать процессы и отношения, перерастающем в стремление регламентировать всё и вся, поиск жизнеспособного механизма функционирования здравоохранения и медицины привел к неоднозначной модели.

Сегодня упомянутое размежевание здравоохранения и медицинской деятельности сложилось в противостояние элементов с противоположными зарядами.

На одном полюсе – публичный уровень, доведенный в своей крайней точке до принципа «спасения миллионов ценой жизни немногих». На такой вывод наводит здравоохранительная практика в период пандемии, включающая масштабную вакцинацию, обязательный масочный режим, применение QR-кодов.

В условиях кризиса многие меры, принимаемые в сфере здравоохранения, воспринимаются людьми как ограничение прав, а публичные нормы, на основании которых применяются эти ограничения, грешат серьезными дефектами, что становится катализатором социальной напряженности. Подтверждение тому, например, тезис об угрозе непривитых для общества, возникший в период активности работодателей по отстранению от работы людей, отказавшихся от вакцинации.

Другой полюс – частный уровень, сведенный к восприятию медицинской помощи как гражданско-правовых отношений, сферы услуг. Здесь субъектность пациента звучит как комплекс прав, обязанностей, способностей и возможностей потребителя.

Удручает склонность некоторых исследователей и практиков рассматривать медицинскую помощь как алеаторное правоотношение. Подобная позиция удобна, она оправдывает рыночные элементы в современной медицинской деятельности, начиная от красочной и неправдивой рекламы, заканчивая невоспринимаемыми пациентами (т.е. потребителями) текстами договоров, которые в случае конфликта человек объективно не в силах опровергнуть.

Осознанная ориентированность на частный гражданско-правовой элемент дает повод для вывода об абсурдности и циничности происходящего. Ведь всё это выставляет медицинскую организацию в роли казино, а врача

– в роли крупье, и, как следствие, выводит их из зоны какой-либо ответственности.

Применительно к собственно медицинской деятельности зачастую звучит вопрос о том, что такое медицинская помощь, сделка или стандарт? Его постановка обусловлена тем, что законодательные нормы позволяют трактовать медицинскую деятельность как комплекс мероприятий, включающих в себя не только предоставление медицинских услуг (выполнение специалистом медицинских манипуляций), но и иные различные операции (хозяйственные и т.д.).

По сути, обозначенный вопрос («сделка или стандарт?») лишь напоминает попытку компромисса в проблеме соотношения публичного и частного в сохраняющихся условиях смещения деятельности публичных структур с медицинской деятельностью субъектов частного права. На деле реализуется модель с доминированием административных регуляторов медицинской деятельности, режимом ее централизованного администрирования и жесткого нормирования посредством положений о порядках и стандартах оказания медицинской помощи, о контроле качества и безопасности медицинской деятельности, обязательной отчетности.

Все рассуждения о качестве и эффективности отечественных здравоохранения и медицины будут бесплодны до тех пор, пока их правовые и организационные начала рассматриваются в отрыве от культуры и менталитета нашего общества, что и определяет противоречие между потребностями населения в данной сфере и возможностями. Духовно-нравственные и культурно-исторические основы российского народа, понимание добра и справедливости во многом опираются на православные традиции и, вместе с тем, на память советского мировоззрения. Осознание расшатанности нравственных и правовых структур укрепляет восприятие происходящего как дестабилизации и беззакония.

И.А. Ильин характеризует такое состояние в правовой сфере следующим образом: «Образованные» и необразованные круги народа одинаково не верят в объективную ценность права и не уважают его предписаний; они видят в нем или неприятное стеснение, или в лучшем случае – удобное средство защиты и нападения. Правосознание укрывает в себе глубочайшие недуги и дефекты, внутреннее вырождение и духовное бессилие» (О сущности правосознания. Собрание сочинений в 10 т. Т. 4. – М., 1994. – С. 159–160).

Возможно ли включение иных регуляторов, помимо упомянутых «стандартов»? Отчасти ответ заложен в тексте Клятвы врача, закрепленной в ст. 71 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «быть всегда готовым оказать медицинскую помощь... внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах».

Названная норма представляет не только моральное обязательство, она в своем содержании основана на правовом обычае, то есть сложившемся и ставшем обязательным правиле поведения в результате многократного и единообразного повторения в определённой сфере деятельности. Обычай в данном случае представляется связующим звеном между правовым регулированием и неотъемлемой этической составляющей рассматриваемых отношений.

Перефразируя слова Л.И. Петражицкого, есть надежда, что современное правовое регулирование способно оказывать мотивационное воздействие для вызова положительных импульсов для устранения или предупреждения появления разных мотивов негативного поведения, устранения «искушений».

## **О ФАКТОРАХ, ЗАТРУДНЯЮЩИХ РЕАЛИЗАЦИЮ КОНСТИТУЦИОННЫХ ПРАВ ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ИХ ЗДОРОВЬЯ**

Чернышев В.М.<sup>1</sup>, Стрельченко О.В.<sup>2</sup>, Мингазов И.Ф.<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

*<sup>2</sup>ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России» (Новосибирск)*

*<sup>3</sup>ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора (Новосибирск)*

---

Основными гарантиями доступности медицинской помощи для граждан Российской Федерации, являются законодательно закрепленные положения о бесплатном оказании медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (ст. 41 Конституции РФ). А также о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи гражданам, в соответствии с Программой ОМС, включающим первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую и специализированную помощь, медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (психическими, онкологическими, венерическими, туберкулезом, СПИДом), и медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих) [2].

Более детально гарантии расписаны в Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». По понятным причинам, граждан волнует, прежде всего, доступность и качество медицинской помощи, о том, чем они обеспечиваются, говорится в статье 10:

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья др. [5].

Для того чтобы обеспечить права граждан на доступность и качество медицинской помощи, кроме законодательной основы, необходимы ресурсы, в том числе финансовые, кадровые и создание условий для реализации этих прав, которые до сего времени в стране ни всегда являются оптимальными.

До настоящего времени далеко не все медицинские организации (МО) размещены исходя из потребностей населения, в связи с чем, не обеспечивается справедливость, т.е. не гарантируется равное качество медицинской помощи всем гражданам. Если в городах эта проблема в основном решена, то в сельской местности она пока сохраняется и причин тому много. Это и низкая плотность населения, удаленность населенных пунктов друг от друга и от районных центров. Это и суровый климат, и дефицит медицинских кадров и многое другое.

Состояние достаточно большого числа МО оставляет желать лучшего, в том числе зданий, помещений. Техническое оснащение МО остается с одной стороны недостаточным, а с другой стороны нерационально используется имеющаяся аппаратура и оборудование, КПД их нередко немногим превышает 50%. Причин тому несколько: малое число обслуживаемого населения, с учетом которого формируется штатное расписание, незаинтересованность обладателей аппаратуры в обслуживании лиц, наблюдающихся в других МО и др.

Особое влияние на состояние здравоохранения страны оказывает порядок и достаточность ее финансирования, а так же рациональность использования выделяемых финансовых средств, из бюджета страны и ОМС, которых явно недостаточно. В новейшей истории страны бюджет здравоохранения составлял 3,3–3,8% от ВВП и только в 2020 году достиг 4,1 %, что было связано с пандемией COVID-19.

Этого, безусловно, недостаточно, т.к. ВОЗ рекомендует для обеспечения нормального функционирования национального здравоохранения выделять ему не менее 5% от ВВП страны. В 2018-2019 гг. среди европейских

государств, в РФ были самые низкие госрасходы на отрасль, которые составляли 3,3% от ВВП. При этом граждане страны более 35% медицинских услуг оплачивали из собственного кармана. Больше чем в нашей стране платили только граждане Латвии.

Безусловно, наиболее важными с точки зрения обеспечения доступности и качества медицинской помощи имеют организация оказания её и обеспеченность медицинскими работниками. К сожалению, и там и там имеют место, уже очевидные негативные последствия 30-летней работы здравоохранения страны в условиях ОМС и систематического недофинансирования отрасли. Прежде всего, это не всегда обоснованное сокращение МО и медицинских работников в государственном секторе здравоохранения. Пресловутая оптимизация отрасли, которую ее организаторы в лице Т.А. Голиковой признали неудачной, продолжается. Из года в год сокращается количество коек в стационарах с круглосуточным пребыванием, вместо того, чтобы перепрофилировать часть из них в соответствии с реальной потребностью: для оказания экстренной и неотложной помощи, для проведения плановой помощи, для реабилитации и создание учреждений (отделений) типа хосписа. После того, а на это понадобится несколько лет, как станет очевидным, что созданная структура действительно оптимальна, лишние койки можно сократить. Если перепрофилирование коек не провести сейчас, то через некоторое время выяснится, что оставшегося количества мест в стационаре недостаточно для этого, возникнет необходимость в строительстве новых учреждений [3, 8].

Создание крупных поликлинических объединений в городах оправдано, так как в них появляется возможность включения в штатное расписание дополнительно «узких» специалистов, сокращается административно-управленческий аппарат, расширяются диагностические и лечебные возможности, рациональней используется аппаратура и оборудование. При этом важно сохранение вошедших в объединение учреждений в качестве филиалов, чтобы основные виды медицинской помощи жители могли получать, как и ранее, т.е. максимально приближено к их месту жительства.

В настоящее время самого пристального внимания заслуживает обеспеченность МО кадрами, без которых гарантированные Конституцией права на медицинскую помощь и охрану здоровья обеспечить в полном объеме не представляется возможным.

Состояние кадрового состава является основополагающим для эффективной работы системы здравоохранения, обеспечения качества и доступности оказываемой медицинской помощи населению. Кадровый потенциал определяет результативность функционирования медицинской организации [9].

Негативная динамика обеспеченности кадрами государственного сектора здравоохранения очевидна. Так в целом по стране количество

врачей в расчете на 10000 населения сократилось с 42,1 в 2000 году, до 38,0 в 2020 году, т.е. на 9,7%. Численность специалистов со средним медицинским образованием стабильно сокращается. Если в 2000 году их было 96,9 на 10000 населения, то в 2020 году – 85,3, т.е. уменьшилось на 12,0% [3].

Еще существенней изменения произошли в Сибирском федеральном округе. Только за 10 лет (с 2010 по 2020 гг.) участковых терапевтов стало меньше на 14,8%, а врачей общей практики (ВОП) сократилось в 2,3 раза! За указанный период укомплектованность врачами (физическими лицами) сократилось с 61,4 до 54,9% [7] .

К сожалению, власти всех уровней не несут ответственности и не заинтересованы в укомплектовании региональных и муниципальных образований, так называемыми «бюджетниками»: врачами, учителями, работниками культуры и т.д. Это не предусмотрено критериями оценки деятельности глав администраций регионов, но зато там включены пункты, требующие социологических исследований, или мало зависят от них (численность населения региона, уровень образования, эффективность системы поддержки талантливых детей и молодежи, доля волонтеров, число посещений культурных мероприятий и т.д.)

В нашей стране недооценивают роль участковой службы. Удельный вес участковых врачей в структуре всех специальностей в РФ составил в 2021 году 13,9% (участковые терапевты, педиатры и ВОП), а вместе с участковыми психиатрами и фтизиатрами – 15%, в то время как в развитых странах их не менее трети. А ведь именно от этой службы во многом зависит доступность и качество медицинской помощи, своевременность ее предоставления, а, в конечном счете, и здоровье населения. Так исследования, проведенные в США, показали, что в целом в США общее количество терапевтов увеличилось с 196 014 в 2005 г. до 204 419 в 2015 г. При этом в районах, где произошло увеличение числа ВОП, каждые 10 дополнительных терапевтов на 100 тыс. населения способствовали снижению уровня смертности пациентов от сердечно-сосудистых, онкологических и респираторных заболеваний на 0,9–1,4%. [1,4].

Нельзя не отметить еще одну особенность современности, это постарение врачебного состава и уменьшение количества специалистов в возрасте до 30 лет. Если в 2005 году их было 18,6% в общей возрастной структуре, то в 2020 году – 12,2%. При этом докторов в возрасте старше 50 лет увеличилось с 13,0% в 2005 году, до 21,9% в 2020 году.

Еще одна тревожная тенденция, это отток медицинских работников из государственного сектора в частный. В 2005 году работающие в государственном секторе, составляли 93,6%, а в 2020 году их численность сократилась до 86,9%. За этот же период занятых в частном секторе здравоохранения увеличилось с 4,0 до 11,1% [2].

Каковы же причины, породившие указанные тенденции и приведшие к сложившейся ситуации? Опрос, проведенный специалистами ВШОУЗ, показал, что на первом месте низкая зарплата, прежде всего размер гарантированных ставок. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» до настоящего времени не исполнен до конца в 35 регионах, о чем сообщил министр здравоохранения РФ М.В. Мурашко, в одном из своих выступлений, несмотря на то, что это должно было произойти до 2018 года. Врачи общей практики в основной части европейских стран получают в 2–2,5 раза больше, чем средний работник в экономике, узкие специалисты – в 3–4,5 раза. В Чехии узкие специалисты – в 2,3 раза, в Эстонии – в 2,1 раза, в Польше врачи общей практики – в 2,2 раза [6].

На втором месте излишний документооборот. За последние 25 лет количество таблиц в учетно-отчетной документации увеличилось в 1,7 раза, а графо-клеток в них – в 7,6 раза. Это и приказы, переиздаваемые много раз и имеющиеся в них несоответствия. Так нормативные нагрузки на разных специалистов в приказе 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», отличаются от таковых в приказах о порядках оказания медицинской помощи.

ВШОУЗ проведен опрос врачей о том, что нужно сделать, по их мнению, для того, чтобы поправить дела в отрасли и улучшить положение медицинских работников. Из 12 ответов, 8 были посвящены в той или иной мере материальному обеспечению (зарплаты, выплаты, налоговые льготы и др.). Два раза сказано об обеспечении жильем, 1 об увеличении отпуска и 1 о «Земском докторе» [6].

Проблемы в здравоохранении, непростая социально-экономическая ситуация в стране, а также недостаточная научное обоснование государственных программ по укреплению здоровья населения, способствовали тому, что большинство запланированных на 2020 год показателей, в 2019 году не были достигнуты и существенно отличались от намеченных. Так общая смертность населения в 2020 году должна была достичь 10,3 на 1000 населения, но, начиная с 2017 года, практически стабилизировалась и в 2019 году составила 12,3. В 2017 году естественный прирост населения вновь сменился естественной убылью, которая с – 0,9 в 2017 году увеличилась до – 2,2 на 1000 населения в 2019 году [7].

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни вместо 75 лет запланированных на 2020 год, составила всего 73,3 в 2019 году.

Естественно, сложившаяся ситуация в отечественном здравоохранении и перманентная «модернизация» отрасли, нашло свое отражение и в оценках пациентами организации оказания медицинской помощи и ее качества. Одним из показателей такой оценки, является степень доверия медицинским учреждениям по месту жительства: наиболее высокий уровень за-

фиксирован в Малайзии (75 %), Австралии (74 %) и Китае (74 %); наименьший – в Венгрии (16 %), России (16 %) и Польше (18 %) [2].

Относительно оценки качества услуг в медицинских организациях ответы респондентов в РФ распределились следующим образом: 45 % считают их удовлетворительными, 28 % – плохими, 16 % – очень плохими. Таким образом, в настоящее время лишь 11 % россиян считают качество медицинских услуг очень хорошим и хорошим [1].

Заключение. Все перечисленное свидетельствует о недостаточной эффективности мер, принимаемых в стране для реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и охрану здоровья, обеспечение ее доступности и качества. Этому способствует несостоятельность кадровой политики в отрасли, дефицитное финансирование её, в определенной степени недостаточная ответственность глав администраций субъектов РФ за состояние регионального здравоохранения. Существенные отклонения фактических показателей, характеризующих состояние здоровья населения, является результатом недостаточной научной обоснованности их.

Для устранения указанных недостатков необходимо доведение государственного (включая средства ОМС) финансирования до уровня, рекомендуемого ВОЗ (не менее 5% от ВВП). Это позволит, наконец-то, и повысить зарплату медицинским работникам и укрепить материально-техническую базу отрасли. Еще одним важным условием должно стать обязательное, очень серьезное научное обоснование государственных программ, по охране здоровья граждан. За их качество и исполнение должны нести ответственность как лица их подготовившие, так и ответственные за реализацию.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Айрапетян Лусине Ученые: количество терапевтов влияет на уровень смертности населения. Электронный ресурс: [medvestnik.ru...news...pa...smertnosti-naseleniya.html](https://medvestnik.ru/news/pa-smertnosti-naseleniya.html) (дата обращения 17.02.2023 г.).
2. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. Е.И. Аксенова, О.В. Бессчетнова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 40 с.
3. Боярский А. 50 тыс. выпускников медвузов ежегодно, а лечить некому: куда исчезают врачи/ Элект. Ресурс: [dzen.ru/a/YJvoD7GKsShW\\_B\\_n](https://dzen.ru/a/YJvoD7GKsShW_B_n) (дата обращения 2.02.2023).
4. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранении. Научное издание/ Общ.ред. Костина А.А., Пономаренко Б.Т.- М.: Международный издательский центр «Этносоциум», 2015. – с. 96.

5. Закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011)
6. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г.Э. Улумбекова, В.А. Медик. – 2-е изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1144 с.
7. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2019 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 19 / Под общ.редакцией к.м.н. О.В. Стрельченко. – ООО «Сибирское университетское издательство», 2020. – 264 с.
8. Руголь Л.В., Сон И.М., Меньшикова Л.И. Динамика кадрового обеспечения и нагрузки врачей районных больниц // Профилактическая медицина 2021, Т. 24, №12, с. 7-17.
9. Ясакова А.Р., Шестакова Е.В. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения // Проблемы Науки. 2017. №38 (120). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemny-kadrovogo-obespecheniya-v-sisteme-zdravoohraneniya> (дата обращения: 13.02.2023).

# **ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

---

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ (СППВР) И ЮРИДИЧЕСКИЕ РИСКИ ТАКОГО ПРИМЕНЕНИЯ**

Гаганов Д.Б.

*Ассоциации организаторов здравоохранения в онкологии (Санкт-Петербург)*

---

Исследований на тему правовой оценки качества медицинской помощи, оказанной с применением систем поддержки принятия врачебных решений (киберфизических систем, систем «искусственного интеллекта», далее – СППВР) как медицинской технологии на сегодняшний день явно недостаточно.

Краткая хронология

Ещё в 2017 году Министерство здравоохранения решило добавить к проекту «Электронное здравоохранение» новое направление – разработка и внедрение систем поддержки принятия врачебных решений.

Если сказать точнее – системы поддержки принятия врачебных решений с использованием массивов данных и искусственного интеллекта.

*(Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 13 декабря 2017 г.).*

Следует подчеркнуть не совсем полную корректность термина «искусственный интеллект» (Artificial Intelligence, AI, intelligence в данном контексте скорее «способность принимать решения, смысловность, «понятливость» – т.е. «искусственная (рукотворная) система, принимающая решения», насколько эти решения свободны (произвольны) – здесь различие между «слабым ИИ» и «сильным ИИ»): невыполнение критериев: тест Тьюринга: искусственный интеллект тогда по настоящему интеллект, подобный человеческому, когда при общении пациента с такой системой тот не сможет понять, что говорит с машиной.

Ценность – киберфизическая система ChatGPT уже прошла данный тест – см. <https://mpost.io/chatgpt-passes-the-turing-test/><sup>1</sup>.

В нашей стране в 2023 году были применены тесты на произвольность мышления – Chat GPT их не проходит.

Что касается терминологии в данной области – автор считает, что наряду с термином «системы поддержки принятия врачебных решений» имело бы перспективу использовать термин «кибернетические модели принятия врачебных решений»; вместо термина «искусственный интеллект» – автор предлагает использовать термины киберфизический актор (КФА) или киберфизическая система (КФС).

Внедрение систем данного типа (по сути – кибернетические модели врачебного мышления, реализуемые на принципах подобия и изоморфизма) идёт такими серьёзными темпами, что уже появились новые теоретико-правовые задачи, которые продиктованы новой реальностью: смешивание человеческой и машинной компоненты при принятии врачебных решений.

Оставим в стороне технические моменты внедрения СППВР в медицинскую практику – здесь просто необходим специалист в сфере высоких технологий. Обратимся к правовым проблемам, которые порождает и будет порождать процесс применения СППВР.

Исследуем следующие аспекты:

- опора на СППВР может сослужить и плохую службу, а может повести себя не так, как от неё ожидают: имеется в виду увеличение количества врачебных ошибок. При снижении квалификации врачей они всё чаще будут обращаться к системе поддержки принятия решений, то есть в большей степени, чем требуется, будут полагаться на выводы, которые предлагает киберфизическая система;

- постепенное снижение требований к качеству клинического мышления: обращение к СППВР чаще, чем требует ситуация.

Если предположить, что СППВР является роботом, то является ли он источником повышенной опасности? (тогда – применение норм о невиновном причинении вреда, ст. 1095 ГК РФ).

Если предположить, что киберфизический актор (актор ИИ) реализует иное, отличное от человеческого, мышление, то не возникает ли ситуация неспросчитываемого, то есть абсолютного риска, и тогда даже давний гражданско-правовой институт источника повышенной опасности уже не будет работать<sup>2</sup>.

Но вернёмся к потребностям юридической практики.

При исследовании вопроса причинения вреда возникает вопрос о необходимости определения границы между юридической ответственностью медицинской организации, которая внедрила и применяет у себя СППВР и фирмой – производителем данной системы. Это непростая задача.

В среде наиболее насыщенных системами поддержки решений – здравоохранение США – сравнительно недавно началось формирование нового медико-правового института – «осмысленное с правовой точки зрения использование СППВР» (англ. The judicious use of DSS (decision support systems)).

Что касается административной и судебной практики по факту причинения вреда здоровью то в западных странах применяется юридическая конструкция фактических трёхсторонних обязательственных отношений в рамках договора оказания медицинских услуг с участием фирмы – разработчика программного обеспечения.

На сегодняшний день мы можем обрисовать следующие подходы к медико-правовой оценке применения СППВР:

#### 1-й вариант

Подход через подходы evidence – based medicine (часто переводят как «доказательная медицина», что вводит в заблуждение, поскольку кроме дихотомии «клиническая медицина» – «научная медицина» появляется ещё дихотомия «доказательная медицина» «остальная медицина», более корректный перевод – «клиническая практика, основанная на проверенных данных») Это – доктрина «осмысленного использования» (judicious use) «... «доказательная медицина» – добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента (по Sackett D.L. соавтор.)<sup>3</sup>».

Доктрина evidence – based medicine: СППВР как «результат добросовестного применения клинических данных».

#### 2-й вариант

Подход, основанный на единстве волеизъявления медицинского работника до и после обращения к СППВР при учёте данной системы как медицинского изделия (орудийный подход);

#### 3-й вариант

Подход, рассматривающий СППВР как ассистента или как бессубъектного участника консилиума с участием системы человек – киберфизический агент («искусственный интеллект») («нейросетевая» система принятия решений и анализа, корректнее – система на основе семантической сети). Результат применения СППВР – как консилиарное мнение (мнение без субъекта (бессубъектное мнение) в рамках врачебного консилиума)

В нашей стране аналог «осмысленного использования» (в разрезе надлежащего использования ресурсов здравоохранения) был разработан в СПб ГБУЗ МИАЦ Санкт-Петербурга (Медицинский информационно-аналитический центр).

Относительно правового статуса СППВР – здесь некоторая правовая определённость уже присутствует – это медицинское изделие (ст. 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации»): «специальное программное обеспечение ..., предназначенное для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации... мониторинга состояния организма..., функциональное назначение которых не реализуется... путём воздействия на организм». Об этом же говорит и информационное письмо от 30.12.2015 № 01И -2358/15.

В августе 2018 г. были разработаны и утверждены методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий в части программного обеспечения ФГБУ «ЦМИКЭЭ» (Федеральное государственное бюджетное учреждение центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы Росздравнадзора) и ФГБУ «ВНИИМТ» (Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора).

В п. 2.5 данных рекомендаций системы поддержки принятия врачебных решений были отнесены к классу потенциального риска применения медицинского изделия.

В 2022 году Приказами Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии были утверждены и введены в действие предварительные национальные стандарты по системам искусственного интеллекта в клинической медицине:

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 59921.2-2021 «Системы искусственного интеллекта в клинической медицине. Часть 2. Программа и методика технических испытаний»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 59921.3-2021 «Системы искусственного интеллекта в клинической медицине. Часть 3. Управление изменениями в системах искусственного интеллекта с непрерывным обучением»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 59921.4-2021 «Системы искусственного интеллекта в клинической медицине. Часть 4. Оценка и контроль эксплуатационных параметров»;

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 59921.6-2021 «Системы искусственного интеллекта в клинической медицине. Часть 6. Общие требования к эксплуатации».

Они были разработаны на основе ГОСТов ИЕС «Изделия медицинские. Программное обеспечение. ...» и др. ГОСТов по программному обеспечению как медицинскому изделию<sup>3</sup>.

На основании формулировок, используемых в данных документах, предлагается следующее рабочее определение «осмысленного использования СППВР»: применение данного медицинского изделия в соответствии с потенциальным риском, исходя из требований качества, эффективности и безопасности.

Для целей определения качества оказанной с привлечением СППВР медицинской помощи как процесса выявления показателей, «характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения, в конкретной медицинской организации определённым медицинским работником и отдельному больному» (по Ардашевой Н.А.) СППВР можно отнести к результатам клинических исследований.

Исходя из вышесказанного, ненадлежащее использование системы поддержки принятия решений, которые привели к причинению вреда здоровью, следует рассматривать аналогично нарушениям стандартов, протоколов ведения больных, иных нормативных правовых документов, клинических рекомендаций, формулярных статей, других источников доказательной медицинской практики (по материалам судебной практики о ненадлежащем качестве медицинской помощи).

Итак, СППВР это и медицинское изделие с фиксированными характеристиками и, одновременно, семантическая (псевдонейронная) сеть (модель логических операций, совершаемых человеческим мозгом), воплощённая в логическом устройстве, основанном на нелинейной методах (линейные методы используют цепочки причинно-следственных связей, нелинейные используют вероятностный подход).

Если это медицинское изделие, то за его применение несёт ответственность лицо, его использующее.

При таком подходе возникают проблемы в связи с тем, что у СППВР меняющиеся характеристики (количество элементов нейронной сети в зависимости от решаемых задач меняется).

Медицина – зона обоснованного риска. Нейронная сеть при принятии решения действует схожим с медицинским работником образом. Если есть врачебная ошибка – то чья она? Врача или семантической (нейронной) сети?

После момента применения СППВР, если в ней есть признаки самостоятельного (без участия оператора) принятия решения, самообучения и анализа цепочка решений (постановка диагноза, определение тактики лечения) дальше чья – врача или искусственного интеллекта?

Другой вопрос – несёт ли псевдонейронная сеть на себе следы индивидуальных особенностей коллектива разработчиков СППВР?

В настоящем докладе предлагается рассматривать псевдонейронную сеть как совокупность логических операций в режиме вероятностной и нестрогой логики, (данная логика работает не только с истиной и ложью, но и с вероятностью (ни истина, ни ложь), что приближает её к человеческому мышлению).

ИСТИНА .... вероятность 1 ..... вероятность 2 ..... вероятность 3 ..... вероятность энная ..... ЛОЖЬ.

При выводах вероятностная логика сводится к формальной, что позволяет оценивать результаты, выводимые СППВР с юридической точки зрения.

Данный процесс фиксации вероятностей называется «выбором т-нормы». При завершении данного процесса между «нейронами» выстраиваются связи, тождественные логическим «и...или... если-то».

Итак, для введения СППВР в правовое поле необходимы:

Клинические рекомендации по применению СППВР.  
Протоколы ведения пациентов с обоснованием необходимости обращения к СППВР.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ChatGPT passes the Turing test. Режим доступа: <https://mpost.io/chatgpt-passes-the-turing-test/>.
2. Вестник антропологии, 2019 № 3 (47), стр. 125.
3. Our mission is to ensure that artificial general intelligence—AI systems that are generally smarter than humans—benefits all of humanity. Режим доступа: <https://openai.com/blog/planning-for-agi-and-beyond>.
4. Для развития применения искусственного интеллекта в здравоохранении создаются новые стандарты; 5 апреля 2022. Режим доступа: <https://www.garant.ru/news/1536920/>.

## **КВАЛИФИКАЦИЯ ВРАЧА, ПРИВЛЕКАЕМОГО К ПРОИЗВОДСТВУ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ВОПРОСАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ВРАЧЕВАНИИ**

Горелкин А.Г.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

За последние годы отмечается неуклонный рост числа гражданских исков к медицинским организациям, в действиях которых истцами усматриваются признаки ненадлежащего оказания медицинских услуг, их качества и безопасности. Для разрешения дел о ненадлежащем врачевании определяющее значение имеет судебно-медицинская экспертиза. Однако государственные экспертные учреждения (бюро судебно-медицинских экспертиз) не могут своевременно и в полной мере закрыть нарастающие потребности в экспертизах по этой категории дел. Как ответ на возникший запрос гражданского судопроизводства за последние годы появилось большое число частных экспертных организаций, осуществляющих судебно-медицинскую экспертную деятельность. В то же время качество экспертных заключений по гражданским делам оставляет желать лучшего. Экспертными организациями допускаются существенные нарушения установленных процессуальных норм проведения экспертного исследования, нарушения научно-методологического, методического, логического и понятийного (смыслового) характера, содержащие недостаточно ясные, и зачастую

взаимоисключающие выводы. Это порождает необходимость назначения дополнительных или повторных экспертиз, увеличивает сроки рассмотрения дел и судебные издержки. Поэтому одной из актуальных задач при проведении судебно-медицинской экспертизы по делу о ненадлежащем врачевании является обеспечение высокого качества и максимальной объективности экспертного исследования и заключения.

Суды по делам о ненадлежащем врачевании назначают, как правило, комплексную судебно-медицинскую экспертизу. Комплексный характер экспертизы определяется необходимостью привлечения к её проведению не только врачей по медицинской специальности «судебно-медицинская экспертиза», но и врачей клинических специальностей (хирургов, кардиологов, акушеров-гинекологов, стоматологов, рентгенологов, врачей других специальностей). Без участия экспертов клинического профиля установить факт ненадлежащего врачевания невозможно, поскольку оценить правильность и обоснованность диагноза, выбранных методов и средств диагностики и лечения могут только практикующие специалисты в данной предметной области.

Одним из существенных факторов, предопределяющих полноту, точность и объективность экспертного заключения по вопросам в сфере медицины, является уровень квалификации экспертов. Медицина эта область деятельности на грани между наукой и искусством. Искусность приобретает с возрастом и опытом. Квалификация медицинского эксперта (от лат. *expertus* – опытный, сведущий) – это глубина специальных познаний, основанных на опыте практической работы по конкретной медицинской специальности. Опыт практической работы особенно важен для достижения требуемого уровня объективности в сфере медицины. С опытом расширяется кругозор врача, формируется более разносторонний подход к оценке медицинских фактов. Специалист экспертного уровня в силу накопленного годами профессионального опыта способен более точно и полно охватывать анализом явления жизни во всем их разнообразии. В противоположность этому небольшой практический опыт не позволяет в должной мере, какая требуется от врача-эксперта, достигать необходимого уровня понимания исследуемого процесса и его объективной оценки. Важным представляется также то обстоятельство, что при ответе на вопросы о ненадлежащем врачевании эксперт оценивает действия другого специалиста в той же предметной области медицинских знаний. Очевидно, что квалификация эксперта должна быть не ниже, чем у врача, действий которого он оценивает. При этом стаж работы по медицинской специальности является универсальным и достаточно объективным показателем достижения врачом экспертного уровня квалификации.

Гражданское процессуальное законодательство не устанавливает конкретных квалификационных требований для привлекаемых экспертов, в

частности, не устанавливает минимальный стаж работы по специальности. В этой связи, следует отметить, что и суды, как правило, не придают должного значения уровню квалификации экспертов, как при назначении экспертизы, так и при оценке полученного экспертного заключения. Суды в большей части формально оценивают квалификацию эксперта, полагая достаточным наличие документа о специальном образовании (диплом, сертификат, свидетельство), а не реальный практический опыт работы в соответствующей должности. При этом, как правило, суды не требуют документального подтверждения стажа работы по специальности, который надлежащим образом может подтверждаться только сведениями из трудовой книжки (копией, выпиской).

Материально правовыми нормами действующего законодательства и ведомственных подзаконных актов в сфере государственной судебно-экспертной деятельности, установлены требования к квалификации государственного эксперта, в частности, о наличии высшего образования, дополнительного профессионального образования по конкретной экспертной специальности и прохождению каждые 5 лет аттестации на право самостоятельного производства экспертиз (ст. 13 Федерального закона от 31.05.2001 N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Согласно порядку, утвержденному Министерством здравоохранения России, к производству комиссионных и комплексных экспертиз, в том числе по гражданским делам, могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей (п. 93 приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»). В то же время врачи-клиницисты, привлекаемые в качестве экспертов, не проходят подобного рода аттестации, а сами требования к экспертному уровню квалификации не регламентированы. В отсутствие нормативно закреплённых требований и критериев экспертного уровня на практике в качестве экспертов зачастую выступают врачи со стажем по специальности даже менее 5-ти лет, что негативно сказывается на качестве экспертизы.

Следует отметить, что при публично-правовом регулировании экспертной деятельности по вопросам качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, критерии аттестации экспертов по клиническим специальностям установлены, один из них – стаж работы по специальности не менее 10 лет (п. 7 ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). Исходя из существа экспертной деятельности по вопросам медицинской практики, общих положений по организации и производству экспертной оценки на основе единого научно-методологического

подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов, полагаем необходимым распространить эти положения и в отношении экспертов-врачей клинических специальностей, привлекаемых к участию в судебно-медицинской экспертизе по гражданским делам о ненадлежащем врачевании.

Выводы:

1. Необходимо закрепить в Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» положения о квалификационных требованиях к экспертам-врачам, участвующим в судебных экспертизах по вопросам медицинской практики, в частности, в отношении минимального стажа работы по специальности (не менее 10 лет).

2. До момента внесения изменений в федеральное законодательство, полагаем возможным и необходимым внести изменения в ведомственный нормативный акт – приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н. В частности дополнить п. 93 приказа положением о том, что экспертом по специальности может быть врач-специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста и стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ДЕЛУ В СУДЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ЮРИСТА**

Казанцева Ю.И.<sup>1</sup>, Татаринцева И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Адвокатская палата Новосибирской области (Новосибирск)*

<sup>2</sup>*ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия» (Томск)*

В настоящих реалиях нет медицинских учреждений (организации), которая хотя бы однажды не столкнулась с проведением гражданских дел в связи с некачественным оказанием медицинской помощи или медицинской услуги, в связи с чем наблюдается высокая заинтересованность «медицинской организации – пациента» в их квалифицированной экспертной оценке. Выход из сложившейся ситуации невозможен без участия экспертов в области медицины. Для разрешения такой категории дел, как «медицинские дела» судами назначаются судебно-медицинские экспертизы (далее СМЭ).

Стоит отметить, что на практике отмечаются тенденции к безынициативности судебно-медицинских экспертов при производстве экспертиз по неблагоприятным исходам, необоснованность выводов заключений, низкий уровень знания правовых документов. [1, С. 3]

Обращает на себя внимание и то, что состояние СМЭ по «медицинским делам» в большинстве своем не удовлетворяет потребности правовых процедур. Как правомерно замечено некоторыми исследователями [2, С. 25] суд либо передоверяет экспертам, основывая на их заключении правоприменительный вывод, либо дает ему юридическую оценку, не имеющую объективного выражения, тем самым лишь придавая форму своему выводу.

При этом, как известно, само по себе заключение эксперта не может иметь для суда заранее установленной силы и подлежит оценке наряду с другими доказательствами по делу (ст. 12 Постановления Пленума ВАС РФ от 04.04.2014 N 23 «О некоторых вопросах практики применения арбитражными судами законодательства об экспертизе»). Вместе с тем необходимо отметить, что для правильности разрешения «медицинских дел», как особо сложной категории в виду отсутствия у суда необходимых медицинских познаний необходимо разработать алгоритм пригодности выводов СМЭ целям правоприменения.

Согласно социологического опроса частнопрактикующих юристов следует, что в большинстве случаев суды при разрешении медицинских дел руководствуются именно результатами проведенной судебно-медицинской экспертизы и воспринимают это доказательство основным при вынесении окончательного решения по делу. Опровергнуть же выводы экспертизы может только иная экспертиза.

Как известно нормы процессуального кодекса устанавливают, что бремя опровержения выводов судебно-медицинской экспертизы лежит на стороне процесса. Отметим, что если одна из сторон носитель специальных медицинских познаний, то у нее больше вероятности опровергнуть выводы эксперта, чем у второй стороны, не обладающей такими знаниями.

В процессе ознакомления с выводами эксперта сторонам следует обращать внимание не только на основные выводы по поставленным вопросам, но и на методики, мнения той или иной научной школы, которые применялись при проведении экспертизы. Стоит обратить внимание на то, что зачастую выводы СМЭ основаны только на одной точке зрения той или иной научной школы, при этом в таких видах исследований необходимо использовать не отвлеченную однобокость экспертных выводов, а приводить и иные позиции по поставленным вопросам, что поможет избежать одинаковой противоречивости позиций сторон процесса.

Знакомясь с выводами эксперта, участники процесса могут обнаружить неоднозначные выводы эксперта по поставленным вопросам. Такая ситуация происходит в том случае, если четко не был определен предмет исследования, либо проведена неоднозначная система оценки результатов. Конечно, сторона всегда может заявить ходатайство о вызове эксперта в су-

дебное заседание для дачи пояснений относительно сделанных выводов, но этого можно было изначально избежать, если при постановке вопросов определить предмет исследования.

После ознакомления с экспертизой, участники процесса должны проанализировать и выделить для себя формальные нарушения в заключении эксперта.

Так, согласно Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ судебно-медицинская экспертиза является медицинской деятельностью и на ее осуществление необходима медицинская лицензия. Однако, до сегодняшнего дня в судебной практике встречаются случаи, когда СМЭ проводят экспертные организации или отдельные эксперты, не имеющие медицинской лицензии.

Вторая распространенная ошибка, встречаемая в судебной практике – отсутствие специального образования у эксперта или комиссии экспертов.

Необходимо проверить, не был ли нарушен порядок приема и регистрации материалов, а также проведения экспертизы. Учесть особенности взятия и направления трупного и иного биологического материала при производстве судебно-гистологической экспертизы при ятрогенных заболеваниях.

Если сторона не согласна с выводами СМЭ, именно ее гражданско-процессуальное законодательство наделяет обязанностью обосновать назначение повторной экспертизы или дополнительной, если выводы экспертизы неясны.

Кроме нарушений формального характера необходимо проанализировать выводы СМЭ.

Выводы экспертизы должны удовлетворять трем основным принципам:

- 1) определенности (недопустимость обтекаемости выводов);
- 2) квалифицированности (при составлении заключения должны использоваться специальные знания, присущие эксперту);
- 3) доступности (выводы должны быть понятны участникам процесса без специальных познаний) и иметь определенную логическую форму.

Кроме того, оценить выводы можно по определенности. Выделяют категорически и вероятностные (предположительные) экспертные заключения.

Как полагают М.К. Треушников, Е.Р. Россинская, Е.И. Галяшина, в основу судебного решения по делу могут быть положены только категорические выводы эксперта, только они имеют доказательственное значение. [3]

Какие средства доказывания можно применить при обосновании необходимости повторной экспертизы?

1) Рецензирование экспертизы. И хотя такой документ и порядок его оформления не предусмотрен гражданско-процессуальным законодательством, на практике он получил широкое распространение. В последнее время суды все чаще, для реализации права стороны на состязательность, приобщают такие рецензии в качестве письменного доказательства.

2) Допрос врача, в качестве специалиста. Не всегда суды реализовывают свое право, предусмотренное ст. 188 ГПК на привлечение врачей, судебно-медицинских экспертов для получения консультаций, пояснений по «медицинскому делу». Консультации по делу могут даваться, как в письменной, так и в устной форме.

3) Допрос врача по профилю заболевания/состояния пациента, как свидетеля, которому могут быть известны какие-либо сведения об обстоятельствах, имеющих значение для рассмотрения и разрешения дела.

4) Пояснения сторон, третьих лиц (врачей, привлеченных к участию в деле).

5) Вызов и допрос экспертов, участвующих в СМЭ.

Подводя итоги, отметим, что опытные юристы, грамотно используя оценку результатов СМЭ по «медицинскому делу» и все необходимые и возможные средства доказывания получают дополнительные разъяснения от эксперта или проведение дополнительной/повторной экспертизы, что становится решающим моментом при удовлетворении требований одной из сторон судебного разбирательства.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Каменева К.Ю. Критерии обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» делам в гражданском судопроизводстве: 14.03.05 – судебная медицина: автореф... дис. кандидата медицинских наук / Каменева Ксения Юрьевна; ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. – М.: 2019. – 24 с.
2. Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правовой обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг /Г.А. Пашинян, О.В. Родин, А.В. Тихомиров // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – №2. – С. 22-28.
3. Россинская Е.Р. Настольная книга судьи: судебная экспертиза / Е.Р. Россинская, Е.И. Галяшина. – М.: Проспект, 2011. – 464 с.

## СУДЕБНЫЕ ТРЕНДЫ ПО МЕДИЦИНСКИМ ДЕЛАМ 2023

Клопова И.А.

*Ассоциации юристов медицинских клиник (Москва)*

---

Медицинское право является динамичной областью юриспруденции, требующей от практикующих юристов скрупулезного изучения. Тем более что, судебное правоприменение в этой сфере имеет свои особенности, а также в период 2022 года было подвергнуто дополнительной трансформации.

В этой работе предлагаю разобрать основные изменения судебной практики по медицинским делам, произошедших за 2022 и истекший период 2023 года, с которыми неизбежно столкнутся медицинские юристы/адвокаты в судебных инстанциях.

### Новые позиции в вопросах компенсации морального вреда.

Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 N 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» была поставлена окончательная точка в разрешении спорных вопросов определения достаточности сумм взыскания компенсации морального вреда, в том числе путем определения конкретных медицинских критериев вопроса.

Так, ВС РФ посчитал необходимым учитывать в определении размере компенсации тяжелое имущественное положение ответчика-гражданина; незначительность размера компенсации в сравнении с общим уровнем доходов гражданина.

На мой взгляд, данные критерии могут напротив, повлиять и на усугубление положения медицинских организаций и так в неравной судебной позиции при рассмотрении исков пациентов. О действительном положении вещей может сказать только временной промежуток правоприменения (не менее 2-3 лет).

Кроме того, п. 48, 49 Постановления Пленума ВС № 33 регламентирована необходимость установления следующих критериев:

- были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза,
- соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения),
- повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения,

- повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья.

Поскольку специальными познаниями в области медицины для установления данных обстоятельств суд не обладает, эти вопросы потенциально будут дополнительно выноситься на судебно-медицинскую экспертизу.

#### Увеличение политики и сумм взыскания.

Так, в 2022 году появился ряд дел, где верхний порог взыскания компенсации морального вреда составил 50 миллионов рублей:

- дело родственников режиссера Арцыбашева к частной клинике «Медицина 24/7».

- дело Петропавловск-Камчатского городского суда Камчатского края из-за смерти роженицы (см. Дело № 2-86/2022 (2-3662/)).

#### Косвенные причинно-следственные связи как основание для взыскания компенсации морального вреда.

Вплоть до 2022 г. общий судебный подход к взысканию компенсации морального вреда по делам по искам пациентов к медицинским организациям носил довольно консервативный характер и требовал установления прямой причинно-следственной связи между действиями врача и наступившими для пациента неблагоприятными последствиями.

Тренд на взыскание компенсации по косвенным связям задало определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 14.03.2022 N 18-КГ21-165-К4.

Следом появилось Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 16.05.2022 N 18-КГПР22-28-К4, закрепившее данную позицию.

В определении, в частности, было указано, что *«возможность взыскания компенсации морального вреда не поставлена в зависимость от наличия только прямой причинной связи между противоправным поведением причинителя вреда и наступившим вредом. В данном случае юридическое значение может иметь и косвенная причинная связь, если дефекты (недостатки) оказания Клиническим онкологическим диспансером N 1 медицинской помощи Каракаш Т.В. могли способствовать ухудшению состояния ее здоровья и привести к неблагоприятным для нее последствиям»*.

И как логическое следствие судебных актов ВС РФ в практике начали появляться идентичные решения нижестоящих судов (см, например, Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 11.10.2022 N 88-25858/2022).

#### Отказы во взыскании сверхобъемов.

Ранее взыскиваемые сверхобъемы оказанной медицинской помощи в рамках ОМС оказались под прямым запретом. Судебная практика поменя-

лась на 180 градусов, однако правоприменение формировалось постепенно.

Первый судебный акт по данному вопросу появился еще в 2021 году – см. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 11.11.2021 N 308-ЭС21-5947 по делу N А32-20379/2020.

И лишь летом 2022 г. аналогичные судебные решения всколыхнули общественность (как представителей медицинских организаций, так и пациентов).

Например, Определение Верховного Суда РФ от 26.07.2022 N 203-ПЭК22 по делу N А27-23106/2020 отказано в передаче надзорной жалобы для рассмотрения в судебном заседании Президиума Верховного Суда Российской Федерации, Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 20.07.2022 N 305-ЭС22-1518 по делу N А41-83071/2020.

В настоящее время специалисты предлагают разные стратегии работы с изменившейся формацией взысканий (всего их я насчитала 5).

Размещение информации о враче на Отзывках и сторонних Порталах.

Так, в 2022 году окончательно завершилось рассмотрение спора врача из Воронежа с порталом Про Докторов (см. Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 26.01.2022 по делу N 88-3727/2022, 2-2794/2018).

Коротко о канве спора: в мае 2018 года на портале ПроДокторов размещены данные врача УЗИ-диагностики как сотрудника ВОККДЦ, и анонимные пользователи оставляли, в основном негативные, отзывы о ее работе.

Врач обратилась к администратору домена ООО «МедРейтинг» с требованием удалить из сети Интернет с сайта prodoctorov.ru профиль Г., содержащий, в том числе персональные данные врача УЗИ ВОККДЦ, и все отзывы, оставленные в отношении врача УЗИ ВОККДЦ Г. В удовлетворении претензии отказано, что послужило основанием для обращения в суд с настоящим иском.

Г. просила суд возложить на ООО «МедРейтинг» обязанность прекратить обработку персональных данных истца, удалить из сети Интернет с сайта prodoctorov.ru профиль Г., содержащий, в том числе, и персональные данные врача УЗИ Областного консультативно-диагностического центра, взыскать компенсацию морального вреда в размере 150000 руб.

Дело стало поводом для обращения в Конституционный суд, который установил, что п. 8 части 1 статьи 6 Федерального закона «О персональных данных» *«допускает размещение на сайте в сети Интернет средств массовой информации, действующим в форме сетевого издания, персональных данных медицинского работника, ранее размещенных на основании федерального закона на официальном сайте соответствующей меди-*

цинской организации, вне зависимости от наличия на то его согласия; предусматривает обязанность редакции такого средства массовой информации не допускать наличия на своем сайте исходящих от третьих лиц оценок, не относящихся к профессиональной деятельности медицинского работника, а равно очевидно противоправных высказываний; предусматривает обязанность редакции такого средства массовой информации принимать меры по проверке сведений, предположительно содержащих не соответствующие действительности утверждения, порочащие честь, достоинство или деловую репутацию медицинского работника, не исключает возможности на основании судебного решения, вынесенного по обращению медицинского работника, установить для такого средства массовой информации – если оно допускает систематическое злоупотребление правом при размещении персональных данных медицинского работника или систематически не предотвращает такого злоупотребления правом лицами, размещающими отзывы, – запрет на распространение персональных данных медицинского работника и (или) отзывов о его профессиональной деятельности, когда иные способы защиты не смогли (не могут) обеспечить защиту его прав».

По сути, суды подтвердили легальность размещения создания странички-профиля врача из открытых ресурсов для написания отзыва, предложив лишь сложную и длительную конструкцию оспаривания в первую очередь содержания конкретного отзыва, а потом его удаления с порталов и отзывов.

## **ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ» ЗА 2018-2022 ГГ.**

Конотопцева Ю.В., Новоселов В.П.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)

---

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы по делам о дефектах в оказании медицинской помощи являются одним из сложных видов судебно-медицинской экспертизы. Это обусловлено, прежде всего, необходимостью изучения большого количества медицинских документов, материалов уголовных и гражданских дел, материалов проверок. Производство комиссионных судебно-медицинских экспертиз требует привлечения специалистов, не состоящих в штате регионального бюро СМЭ из наиболее квалифицированных врачей клинических специальностей, имеющих уче-

ное звание и высшую категорию [1,2]. Проведение судебно-медицинских экспертиз в условиях постоянной и непрерывной реорганизации системы здравоохранения, в том числе ее правовой базы, составляет еще одну трудность деятельности судебно-медицинских экспертов, определяющую дефицит кадровых ресурсов [3,4].

Наряду со сложностью комиссионных судебно-медицинских экспертиз по дефектам оказания медицинской помощи неоспоримым является факт важности данного экспертного исследования, позволяющего выявить дефекты оказания медицинской помощи с целью профилактики подобных нарушений другими работниками сферы здравоохранения. В нашей стране отсутствует единая база, позволяющая получать наиболее полные сведения о наличии и характере профессиональных нарушений медицинских работников по различным регионам РФ, но традиционно функция выявления дефектов оказания медицинской помощи населению ложиться на плечи судебно-медицинских экспертов региональных бюро СМЭ. Объем выполняемых по «врачебным делам» судебно-медицинских экспертиз только в СФО внушительен и составляет почти половину (49,3%) от общего количества комплексных и комиссионных СМЭ, что в абсолютных цифрах составляет 5014 судебно-медицинских экспертиз.

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы по врачебным делам в акушерско-гинекологической практике составили от 6,5% от общего количества ежегодно выполняемых комиссионных и комплексных экспертиз до 3,2% общего количества СМЭ.

Для наглядного представления о дефектах оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике нами проведен анализ судебно-медицинских экспертиз, выполненных в отделе сложных экспертиз ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ» за пятилетний период с 2018 по 2022гг.

*Таблица 1*

Уч. год	Уголовные дела абс. ед. (%)	Гражданские дела абс. ед. (%)	Материалы проверки абс. ед. (%)	Всего
2018	2	4	11	17 (29,3)
2019	6	3	11	20 (34,5)
2020	1	1	5	7 (12,1)
2021	1	2	4	7 (12,1)
2022	4	1	2	7 (12,1)
Всего	14 (24,1)	11 (19)	33 (56,9)	58

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о значительном снижении судебно-медицинских экспертиз по выявлению дефектов оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике, что мо-

жет быть обусловлено с одной стороны ограничениями, возникшими в период пандемии COVID-19 и увеличением судебно-медицинских экспертиз по дефектам оказания медицинской помощи населению по другим поводам (онкологическим заболеваниям, COVID-19), а так же вполне прогнозируемыми последствиями снижения рождаемости, как следствия вступления в детородный возраст женщин малочисленного поколения, родившихся в 1990-х годах [5].

За анализируемый пятилетний период (2018-2022 гг.) сохраняется общая тенденция к преобладанию комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам проверок, которые составили 56,9% от общего количества СМЭ. Количество судебно-медицинских экспертиз в отношении дефектов оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике, производимых в рамках уголовных и гражданских дел составили соответственно 24,1% и 18,97%.

Основные вопросы, поставленные на разрешение судебно-медицинских экспертиз: выявление дефектов оказания медицинской помощи на различных этапах лечения, установление причинно-следственной связи наступивших неблагоприятных последствий с дефектами оказания медицинской помощи и установление тяжести вреда здоровью. Часть поставленных вопросов, являясь исключительно юридическими дефинициями, выходили за пределы компетенции судебно-медицинских экспертных комиссий («Кто именно из медицинских работников совершил неправильные действия при оказании медицинской помощи?», «Являются ли действия медицинского персонала врачебной ошибкой?» и т.д.).

Для производства судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в акушерской практике требовалось изучение большого количества медицинской документации – почти в 100% экспертиз анализировались «Обменно-уведомительная карта беременной»; «Индивидуальная карта беременной и родильницы», «История родов», «История развития новорожденного», а так же медицинские карты стационарного больного, медицинские карты пациентов, получающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, Протоколы патологоанатомического исследования и почти в  $\frac{1}{3}$  экспертиз требовалось проведение повторного микроскопического исследования (27,6%).

В состав судебно-медицинских экспертных комиссий по так называемым «врачебным делам» по дефектам оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике кроме врачей по специальности «акушерство и гинекология», входили врачи других специальностей. Так, в 27,6% экспертиз членами судебно-медицинских экспертных комиссий приглашались врачи по специальности «Патологическая анатомия», «Анестезиология и реанимация» (8,6%), «Рентгенология» (5,2%), по 3,4% специалисты по профилю «Неврология», «Неонатология», «Ультразвуковая диа-

гностика»; по 1,7% привлекались врачи по специальности «Травматология» и «Хирургия».

В подавляющем большинстве судебно-медицинских экспертиз, после тщательного анализа предоставленной медицинской документации, каких-либо дефектов оказания медицинской помощи не усматривалось.

В 3,4% случаях установить причину прерывания беременности у пациенток, а, следовательно, и наличие каких-либо дефектов в оказании медицинской помощи выявить не удалось; в 1,7% имел место дефект оформления медицинской документации и организационный дефект (не выполнена процедура показанного беременной амниоцентеза), которые в прямой причинно-следственной связи с наступившими неблагоприятными последствиями не состояли. В 3,4% (2 случая) выявленные дефекты оказания медицинской помощи: оставление салфетки в полости влагалища в ближайшем послеродовом периоде и полная перфорация матки и кишки при процедуре инструментального опорожнения полости матки, состояли в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями у женщин. Так, в первом случае у женщины развился острый язвенный гнойный вульвовагинит, в связи с чем допущенный дефект оказания медицинской помощи был расценен как легкий вред здоровью по признаку кратковременного расстройства здоровья, во втором случае дефект оказания медицинской помощи в результате которого произошла полная перфорация матки и верхне-ампулярного отдела прямой кишки оценен как тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни.

Все дефекты оказания медицинской помощи, состоящие в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятными последствиями за анализируемый период времени были допущены на госпитальном этапе лечения – в родильных домах или многопрофильных стационарах.

#### Заключение

Таким образом, обоснованность обращения пациенток в правоохранительные органы за анализируемый период (2018-2022 гг.) прямо пропорциональна количеству выявленных в ходе производства судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи (7,2% от всех случаев назначения экспертиз); только в половине из них – в 3,4% экспертиз выявлены дефекты оказания медицинской помощи, состоящие в прямой причинно-следственной связи с наступлением неблагоприятных последствий.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Путинцев В.А., Богомолов Д.В., Романова О.Л., Иконникова Д.И., Джуваляков П.Г. Критерии оценки качества медицинской помощи в судебно-медицинской экспертизе / Вестник судебной медицины. – Новосибирск, 2021. – Т.10. – №2. – с.45-49;

2. Шмаров Л.А. Комиссионная или комплексная судебно-медицинская экспертиза по «врачебному делу» / Вестник судебной медицины. – Новосибирск, 2021. – Т.10. – №4. – с.37-44;
3. Карпов Д.А. Роль комиссионных судебно-медицинских экспертиз в оценке качества медицинской помощи (по материалам отдела сложных экспертиз ГБУЗ ТО «ОБСМЭ» за 2012-2015годы. / Труды Всероссийской научно-практической конференции «Организация судебно-медицинской службы России на современном этапе: задачи, пути решения, результаты» – Воронеж, 2016. – С.221-230;
4. Малахов Н.В. Кедров В.С. О проблемных аспектах экспертиз качества оказания медицинской помощи и возможных путях их решения / Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. – Москва, 2013. – Т.2. – С.169-170;
5. Симагин Ю.А. Результаты исследований демографических проблем России в XXI веке / Журнал «Народонаселение», 2021. – Т.24, №4.

## **ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ**

Кошляк Д.А.

*ГБУЗ НСО «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской  
экспертизы» (Новосибирск)*

---

Из года в год растет количество судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным делам», связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников [1]. Это может быть связано с тем, что профессиональные правонарушения медицинских работников так же неприемлемы в обществе, как и самые тяжкие преступления, в силу изначально высокого уровня доверия к врачу со стороны пациента.

Действующий УК РФ предусматривает широкий перечень профессиональных преступлений, которые могут быть совершены медицинскими работниками. К профессиональным преступлениям следует отнести, например, причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ); заражение ВИЧ-инфекцией (ч. 4 ст. 122 УК РФ); неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) и т.д. [2].

Судебно-следственные органы при расследовании «врачебных дел» почти всегда интересуется наличие либо отсутствие причинно-следственной

связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

Как показывает уголовно-правовая практика, медицинский работник не несёт уголовной ответственности, если между действиями и наступившими неблагоприятными последствиями для жизни и здоровья, отсутствует прямая причинно-следственная связь.

Причинность – одна из форм всеобщей закономерности связи явлений. Это такая необходимая связь между явлениями, при которой всякий раз за одним из них неизбежно следует другое. Причинная зависимость выражается в парной генетической связи, при которой одно явление (причина) порождает другое (следствие). Нередко причина действует и вызывает следствие лишь при определенных условиях. Условия, это совокупность многообразных факторов, от наличия которых зависит возникновение, существование и исчезновение вещей, но которых они сами по себе не создают. Т.е. условия влияют на конкретную причину для реализации ее в конкретное и единственное следствие, но сами без причины никогда не вызовут данное следствие [3, 4, 5].

На основании выводов комиссии экспертов, следователь должен определить имеются ли основания для привлечения медицинского работника (работников) к уголовной ответственности. Часто именно заключение эксперта о наличии или отсутствии причинно-следственной связи между допущенными дефектами медицинской помощи и неблагоприятными исходами для жизни и здоровья пациента является единственным доказательством по делу при квалификации деяния.

Ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей, повлекшее, как следствие, причинение вреда жизни или здоровью пациента, может иметь место на любой стадии лечебно-диагностического процесса. Наступление неблагоприятных последствий часто не следует непосредственно за неправильным действием врача. Поэтому при исследовании объективной стороны подобных случаев очень важно при разрешении вопроса о наличии или отсутствии причинно-следственной связи отграничивать причину наступления вредных последствий от условий, создавших возможность наступления названных последствий.

В анализе оценки медицинских вмешательств можно использовать критерии С.О. Захарова (2003): «Медицинские вмешательства являются необходимым элементом (причиной) системы причинения неблагоприятного исхода если:

1. При отсутствии имевшего место медицинского вмешательства динамика состояния пациента в сторону ухудшения была бы достоверно менее выражена.

2. Соответственно, неблагоприятный исход наступил бы достоверно позднее.

3. Либо характер неблагоприятного исхода при этом имел бы достоверно качественные отличия (возможно, исход был бы менее тяжким для пациента) [6].

Следует помнить, что в ряде случаев допущенные дефекты оказания медицинской помощи создали лишь возможность наступления неблагоприятных последствий. Они не являются и не могут являться причиной наступления неблагоприятных последствий, так как действуют не на следствие, определяя его, а на причину.

У судебно-медицинских экспертов нередко возникают сложности с оценкой тяжести причиненного вреда здоровью и при установлении причинно-следственной связи между бездействием и неблагоприятным исходом [7].

В оценке этого вопроса есть два диаметрально противоположных мнения:

1. В юридической литературе преобладает точка зрения, согласно которой принципиальной разницы между действием и бездействием, как формами преступного деяния, нет. Установление причинной связи при бездействии также обязательно, как и при действии. Бездействие, также как действие, влечёт определённые изменения во внешнем мире.

2. Бездействие ни в чистом, ни в смешанном виде не может быть причиной, оно может рассматриваться лишь как самостоятельная форма преступной деятельности.

Мнение об отсутствии причинной связи при бездействии базируется на том, что в основе причинения лежит перемещение вещества, энергии или информации. При отсутствии такого перемещения невозможно оказать воздействие на что-либо и привести к изменению чего-либо. Следует признать, что бездействие-невмешательство выступает в качестве условия наступления последствия и не является его причиной.

В судебно-медицинской практике должен быть единый подход к установлению причинно-следственной связи при проведении судебно-медицинских экспертиз.

Следует рекомендовать следующий алгоритм экспертных действий:

1. Определить суть патологического процесса, приведшего к смерти или неблагоприятным последствиям.

2. Установить патогенетическую связь между повреждениями, имевшимися заболеваниями, недостатками оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями.

3. Разграничить причину (причины), условия, провоцирующий фактор (повод), приведшие к следствию (неблагоприятный исход, наступление смерти).

4. Высказать аргументированное суждение о виде причинно-следственной связи. При наличии условия или провоцирующего фактора в звене патогенеза, высказаться о степени их влияния на исход.

Таким образом, при производстве судебно-медицинских экспертиз по делам о ненадлежащем исполнении врачами своих профессиональных обязанностей необходимо учитывать, что одним из главных признаков причинного отношения является наличие между двумя явлениями отношения порождения, т.е. причина не просто предшествует следствию во времени, а порождает (определяет) его. В медицине это рассматривается как патогенез заболевания либо травмы.

Проблемы установления причинно-следственных связей между бездействием медицинских работников и наступлением неблагоприятных последствий для жизни и здоровья пациента требуют дальнейшего изучения, как судебно-медицинскими экспертами, так и правоприменителями.

Использование единых подходов к определению причинно-следственных связей и оценочных критериев вида связи применительно к экспертным случаям, позволит избежать экспертных ошибок.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Печерей И.О. Защита прав врачей: практикум по тактике. М.: Национальная медицинская палата, 2018.
2. Кузнецов С.В. Порядок организации и методика проведения судебно-медицинских экспертиз профессиональных правонарушений медицинских работников // Медицинское право: теория и практика. – 2017. – Т. 3. – № 2 (6). – С. 211-222.
3. Хрусталева Ю.А. Причинно-следственные связи в судебной медицине: содержание, способы выявления и значение при механической травме: дисс. докт. мед.наук. – СПб., 2018. – 392 с.
4. Проблема причинно-следственных отношений в практической судебной медицине // А.А. Солохин [с соавт.] // Судебно-медицинская экспертиза. М.: Медицина, 1984. – №1. – С. 3-7.
5. Ардашкин А.П., Аськов Н.Н., Сергеев В.В. Установление причинной связи в судебной медицине и уголовном праве по делам, связанным с оценкой качества медицинской помощи // Вестник судебной медицины. – 2021. – Т. 10, № 4. – С. 31–36.
6. Захаров С.О. Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей: дис... канд. мед.наук : 14.00.24, 14.00.33 / Захаров Сергей Олегович. – М., 2003. – С. 144.
7. Ковалев А.В., Мартемьянова А.А. О классификации видов неоказания медицинской помощи больному. Судебно-медицинская экспертиза 2015; 2, том 58: 4-8.

# **ЦЕНА ОШИБОЧНОСТИ ВЫВОДА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ИЛИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ**

Лебедев Н.Ю.

*Новосибирский военный ордена Жукова институт им. генерала армии  
И.К. Яковлева войск национальной гвардии Российской Федерации (Новоси-  
бирск)*

---

Проблемные вопросы, касающиеся качественного оказания медицинской помощи, всегда находятся на «острие» научных дискуссий как специалистов в области медицины, так и в области юриспруденции.

Идут бурные обсуждения о границах объективности и субъективности причин не своевременности или безрезультативности оказания медицинских услуг. Проблемность добавляет тот факт, что перечень медицинских работ (услуг), оказываемых учреждениями здравоохранения, огромное множество<sup>1</sup>, при этом говорить о правильности или неправильности их оказания затруднительно в связи анатомической и физиологической индивидуальностью (особенностями) каждого человека и непредсказуемостью реакции их организма на воздействие со стороны врача.

В правоприменительной практике, для принятия правильного решения, немаловажное значение, имеют результаты судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз.

Уголовное судопроизводство, в юридических практиках, занимает особое место, так как речь идёт не просто о рассмотрении и разрешении правовых споров или конфликтов, а о разрешении уголовного дела, принятии решения о виновности или не виновности человека в совершении преступления, о назначении или не назначении наказания (вплоть до лишения свободы). В тоже время, именно результаты судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертиз часто становятся основой для формирования внутреннего убеждения судьи и принятия решающего правового вывода, сформулированного в приговоре.

Ошибка врача-эксперта, при производстве экспертизы, несёт в себе негативно-судьбоносный характер, при этом для участников уголовного судопроизводства абсолютно не имеет значения причины ошибочности экспертного заключения, так как наступающие правовые последствия, исправить в последующем весьма затруднительно, а иногда и невозможно. Соот-

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 N 852 (ред. от 16.02.2022) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»

ветственно цена врачебной ошибки – это законность, обоснованность и справедливость правосудия.

Представим некоторые примеры возможного развития следственно-судебных ситуаций в виду ошибочности выводов судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертиз в уголовном судопроизводстве.

Следственно-судебная ситуация 1. Невменяемое лицо, ошибочно признаётся вменяемым.

Последствия: Лицо, которое вследствие психического заболевания или иного болезненного состояния психики, не осознающее фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими – привлекается к уголовной ответственности и оказывается в местах лишения свободы. Где в виду своего заболевания и отсутствия лечения может вновь совершить тяжкое или особой тяжести преступление, либо наоборот стать объектом оскорбления, унижения, издевательств и даже надругательства.

Следственно-судебная ситуация 2. Вменяемое лицо, ошибочно признаётся невменяемым.

Последствия: Лицо, которое должно быть привлечено к уголовной ответственности и понести заслуженное наказание, уходит от правосудия. Потерпевшим не возмещается вред, причинённый им в результате преступных действий. Но самое опасное заключается в том, что данное лицо осознаёт возникновение для него условий безнаказанности не только за уже совершённое деяние, но и определённую вседозволенность для совершения правонарушений, практически любого уровня общественной опасности, в будущем.

Следующие следственные ситуации взаимосвязаны с тем, что лицо, в производстве которого находится уголовное дело, на первоначальном этапе расследования должен дать юридическую оценку (квалификацию) расследуемого события и в ходе рассуждения прийти к одному из выводов:

- имеет место быть – деяние, запрещённое уголовным кодексом / преступление;
- имеет место быть – правомерное причинение вреда;
- имеет место быть – несчастный случай;

Отправной точкой для принятия одного из представленных решения является заключение судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы.

Следственно-судебная ситуация 3. В заключении экспертизы сделан ошибочный вывод:

Во-первых, о причинах наступления смерти: следователю (судье) необходимо дать ответ – было совершено: убийство (предусмотрено наказание до пожизненного лишения свободы, либо смертная казнь), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшие по неосторожности

смерть потерпевшего (предусмотрено наказание до 15 лет лишения свободы) или причинение смерти по неосторожности (предусмотрено наказание до 2 лет лишения свободы).

Во-вторых, о характере и степени вреда, причиненного здоровью: следователю (судье) также необходимо дать ответ – было совершено: умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (предусмотрено наказание до 8 лет лишения свободы), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (предусмотрено наказание до 3 лет лишения свободы), умышленное причинение легкого вреда здоровью (предусмотрено наказание штраф).

В-третьих, об ошибочности установления наличия или отсутствия состояния аффекта: в данном случае, следователю предстоит сделать правовой выбор, например, между статьёй «Убийство» (предусмотрено наказание до пожизненного лишения свободы, либо смертная казнь) и статьёй «Убийство, совершенное в состоянии аффекта» (предусмотрено наказание до 3 лет лишения свободы).

В-четвёртых, о характере и степени вреда, причиненного здоровью в результате ДТП: в данном случае от заключения эксперта будет зависеть к какому виду ответственности будет привлечён водитель-нарушитель: если причинён вред здоровью лёгкий или средней тяжести – административная ответственность (человек остаётся на свободе); если причинён вред здоровью тяжкий – уголовная ответственность (человек может быть лишён свободы).

В-пятых, о достижении или не достижении несовершеннолетним возраста уголовной ответственности, а именно ошибка в отношении несовершеннолетнего, который хотя и достиг возраста, с которого наступает уголовная ответственность, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими в момент совершения деяния, предусмотренного уголовным законом.

Как можно видеть, в представленных случаях, цена ошибки (последствий) исчисляется годах жизни, которые человек может провести в местах лишения свободы, а если учесть, что жизнь это самое ценное, то от профессионализма врача-эксперта, его знаний и опыта, которые он должен будет отразить в заключение судебной экспертизы, зависит будущее человека и его судьба, возможность заниматься определённой профессиональной деятельностью как им самим, так и его близкими родственниками.

В связи с чем, в заключении необходимо подчеркнуть, что правовое решение должностного лица, в производстве которого находится уголовное дело, напрямую взаимосвязано с выводами судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертиз и влияет на справедливость осуществляемого правосудия.

## ПРОБЛЕМЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Морозов С.М.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

1. Существенным условием повышения эффективности работы судебно-медицинского эксперта является предупреждение экспертных ошибок, которые могут свести на нет, или поставить под сомнение доказательное значение заключения эксперта. Причины экспертных ошибок различны и связаны с особенностями познавательной деятельности судебно-медицинского эксперта. Каждое судебно-медицинское исследование состоит из нескольких этапов: это оценка и изучение представленных на исследование постановления и материалов дела, непосредственное исследование объекта и рассуждения, то есть осмысливания полученных результатов и формулировка выводов.

Оценка достоверности экспертного заключения должна проводится в несколько этапов, в первую очередь это проверка соблюдения процессуальных требований, которые относятся к порядку назначения и проведения экспертизы. На этом этапе могут возникать следующие ошибки:

- назначение экспертизы лицу, не обладающим специальными познаниями в той или иной области;

- все ли требования УПК РФ соблюдены при назначении и проведении первичной, дополнительной и повторной судебно-медицинской экспертизы (ст. 195 (Порядок назначения судебной экспертизы), ст. 196 (Обязательное назначение судебной экспертизы) и ст. 207 (Дополнительная и повторная судебная экспертиза) УПК РФ);

- соблюдались ли права обвиняемого (подозреваемого) потерпевшего и свидетеля при назначении и проведении судебной экспертизы (ст. 198 УПК РФ);

- соблюдался ли процессуальный порядок получения образцов и вещественных доказательств при назначении и проведении судебной экспертизы;

- соответствует ли содержание заключения эксперта, требованиям ст. 204 УПК РФ (заключение эксперта) и ст. 25 ФЗ от 31 мая от 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание).

Необходимо оценить проводимое судебно-экспертное исследования с точки зрения относимости и допустимости.

Понятие относимости заключения по конкретному уголовному делу означает, что экспертиза проводится на основании материалов данного дела и её результаты имеют значение для его правильного и справедливого ре-

шения по делу. При этом его фактические данные, которые содержатся в заключении эксперта, подтверждают или опровергают обстоятельства, подлежащие доказыванию по уголовному делу.

Понятие допустимости заключения эксперта как доказательства означает проверку соблюдения процессуальных требований при назначении и проведении экспертизы и оформление её результатов в соответствии с этими требованиями. Фактически оценка допустимости заключения эксперта совпадает с установлением её законности. Поэтому если следствие или суд обнаруживает нарушение процессуальных требований закона, то данная экспертиза может быть признана как недопустимое доказательство и по делу может быть назначено проведение повторной судебной экспертизы. В настоящее время, говоря об оценке заключения судебно-медицинского эксперта, следует остановиться также на типичных экспертных ошибках, которые могут иметь место при производстве судебно-медицинской экспертизы. Их знание имеет большое значение, поскольку позволяет упростить процедуру оценки заключения и сократить количество необходимых повторных исследований.

2. После того, как заключение эксперта признано относимым и допустимым, судом (следствием) должно быть установлено насколько оно соответствует действительности. На основании федерального закона от 31 мая от 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», Заключение эксперта считается достоверным, если выводы, сделанные экспертом: обоснованы, аргументированы и подтверждены проведенными исследованиями.

Это наиболее важный момент оценки достоверности выводов эксперта, так как лицам, не обладающим соответствующими специальными познаниями очень сложно оценить достоверность выводов, представленных в экспертном исследовании.

В этом случае возникает проблема использования, и оценки специальных знаний и проведения доказывания, они имеют общую природу практически для всех видов правонарушений вне зависимости от особенностей соответствующей процессуальной деятельности, хотя ранее в юридической литературе, рассматривались в основном вопросы использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве. На сегодняшний день в связи с развитием арбитражного и гражданского процесса, производства по делам об административных правонарушениях роль специальных знаний для разрешения подобных дел возрастает.

При этом Законом предусмотрено, что суд, следователь или дознаватель, при оценке результатов проведенной экспертизы, для разъяснения вопросов, не входящих в его компетенцию, может консультироваться у другого эксперта или любого специалиста, обладающего познаниями в области проведенной экспертизы. При оценке достоверности выводов экспертизы

необходимо устанавливать следующие факты: 1. Выводы не обоснованы, либо неубедительны; 2. Выводы основываются на недостаточно полно проведенных или недостоверных исследованиях; 3. Неполная, или неправильная оценка полученных результатов проведенных исследований; 4. Проведенные методы исследований не дают ответы на поставленные перед экспертизой вопросы; 5. Выводы экспертизы не основаны на проведенных исследованиях (данное нарушение встречается наиболее часто). 6. В выводах эксперта содержатся формулировки правового характера, которые, эксперт не должен включать в своё заключение.

При этом суд или следствие зачастую слепо верят выводам, сформулированным в экспертизе, не имея возможности (т. к. не являются специалистами в этой области), или не желая подвергнуть проверке их достоверность и обоснованность. Хотя в ст. 8. Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», от 31 мая от 2001 г. № 73-ФЗ четко указано, что «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». Т. е. следственные органы, или суд должны иметь возможность удостовериться в правдивости и обоснованности выводов, представленных в экспертизе. При этом иногда встречаются ситуации, когда вводная часть (постановление на проведение экспертизы) не содержит всей полноты информации по делу, а вопросы, задаваемые эксперту, носят общий характер, не отражая сути (просто берут справочник по судебно-медицинской экспертизе и переписывают из него вопросы по данному разделу травмы или повреждения). Иногда исследовательская часть не содержит всего необходимого объема исследований для ответа на поставленные вопросы, а резолютивная часть (выводы) могут не соответствовать проведенным исследованиям.

Оценка достоверности экспертизы на этом этапе сводится к решению следующих вопросов:

- решал ли эксперт поставленные следователем вопросы в пределах своей компетенции, основаны ли выводы экспертизы на его специальных познаниях. Выход за пределы специальных познаний может приводить к вторжению его в область права, либо какой-либо смежной науки. Подобное заключение может быть признано как недопустимое доказательство;

- правильны ли научные положения, используемые экспертом для обоснования выводов экспертизы. Необходимо оценить обоснованы ли теоретические и проверены ли практикой методики исследования, которые применял эксперт, достаточно ли полно проведено исследование, все ли методы исследования были использованы экспертом;

- допустимы ли объекты, которые исследовал эксперт, т. е. необходимо провести процессуальную оценку законности их получения и направления на исследование, данная проверка проводится на основании положений, установленных ст. 81 и 82 УПК РФ. Если будут выявлены какие-либо нарушения при изъятии, оформлении и хранении вещественных доказательств, то в последствие эти вещественные доказательства могут быть признаны недопустимыми;

- достоверно ли заключение эксперта. После того как заключение признано допустимым, необходимо выяснить, насколько оно соответствует действительности. Заключение считается достоверным, если выводы эксперта: обоснованы, аргументированы и подтверждены проведенными исследованиями;

- правильны ли исходные данные, предоставленные эксперту. Эти данные устанавливаются следственным путем, обычно при проведении различных следственных действий (допросов, осмотров, следственных экспериментов);

- полно ли проведено экспертом исследование. Оценка данного положения предполагает получение ответов на вопросы: насколько полно эксперт использовал представленные ему материалы, насколько они качественные, достаточно ли их количество. Поэтому при проведении исследования необходимо представить полное описание в заключении хода экспертного исследования, т. е. всех признаков подвергшихся исследованию объектов и их значимости, предусмотренной соответствующими методиками;

- подтверждены ли выводы эксперта проведенными им исследованиями. Данное положение сложно оценивать лицам не обладающими специальными познаниями, тем более эксперт зачастую употребляет специальные термины и формулировки. Тем не менее, следователь или суд, для повышения своей компетенции может консультироваться у специалиста или любого другого эксперта, обладающего соответствующими знаниями.

- соответствуют ли фактические данные, полученные в результате экспертного исследования, имеющимся в деле доказательствам. При этом следователь или суд исходят из положения ч. 2 ст. 17 УПК РФ, что никакие доказательства не имеют заранее установленной силы. Поэтому их сопоставление с другими доказательствами позволяет установить наличие совпадений или противоречий между фактами, изложенными в заключении эксперта, и другими доказательствами. Поэтому, каждый юрист и судебно-медицинский эксперт должны понимать важность того, что от его знаний и умения назначить и провести судебно-медицинскую экспертизу, поставить перед ней вопросы, провести полноценное исследование и дать исчерпывающие ответы на поставленные вопросы, а также оценить ее результаты, зачастую зависит свобода, а иногда и жизнь человека.

# ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Аксенова Е.А.<sup>1,3</sup>, Фомичева М.Л.<sup>2,3,4</sup>, Борцов В.А.<sup>2,3</sup>, Коломейцева В.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Новосибирской области (Новосибирск)

<sup>2</sup>ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (Новосибирск)

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

<sup>4</sup>НИИТПМ – филиал ФГБНУ «ФИЦ ИЦиГ СО РАН» (Новосибирск)

---

В настоящее время на государственном уровне уделяется большое внимание сохранению и укреплению здоровья населения как главному ресурсу социально-экономического развития страны. Укрепление общественного здоровья является приоритетной задачей стратегического планирования, которая направлена на формирование здорового образа жизни населения и организацию медицинской профилактики на всех уровнях системы здравоохранения.

Правовая основа, регламентирующая деятельность сферы здравоохранения представляет собой многоуровневую систему. Учитывая, что Конституция Российской Федерации является одним из главных нормативно-правовых документов РФ, то ее роль является основополагающей в формировании нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения. Также следует отметить, что формирование нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения происходит с учетом документов Всемирной организации здравоохранения.

Принцип приоритета медицинской профилактики в сфере охраны здоровья граждан закреплён Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» реализуются национальные проекты, в том числе «Здравоохранение», «Демография». В рамках указанных национальных проектов достаточно внимания уделяется вопросам развития системы медицинской профилактики

и формирования системы мотивации граждан к здоровому образу жизни.

В настоящее время вопросы организации медицинской профилактики также регламентируется Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 года № 8 «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года».

В рамках исполнения положений федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» Минздравом России были разработаны приказы, определившие содержание деятельности Центров общественного здоровья и медицинской профилактики на уровне субъекта РФ (Приказ Минздрава России от 29 октября 2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»).

Для эффективного функционирования Центров общественного здоровья и медицинской профилактики (ЦОЗиМП) были подготовлены нормативные документы, полностью соответствующие целям, задачам и направлениям работы ЦОЗиМП, описанным в приказах Минздрава России.

Система медицинской профилактики Новосибирской области представлена следующими структурами:

► *Государственное казенное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (РЦОЗиМП)*, который выполняет, в том числе и методическую роль.

В настоящее время создан и поддерживается «Информационный портал «О здоровье» (<http://rcmp-nso.ru>). Он является основной базой достоверной информации о здоровье для широкой аудитории граждан региона. Основной принцип его работы – это публикация информации, прошедшей экспертную оценку со стороны главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Новосибирской области, сотрудников отделов РЦОЗиМП, специалистов медицинских организаций.

► *14 центров здоровья (9 для взрослых, 5 для детей).*

Центры здоровья, созданные по инициативе Правительства РФ (Постановление Правительства РФ 18.05.2009 № 413 «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (с изменениями и дополнениями от 3.10.2009) и Министерства здравоохранения РФ (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ 19.08.2009 № 597н (ред.

от 30.09.2015) «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» играют важную роль в решении задач по первичной профилактике массовых неинфекционных заболеваний.

► 48 отделений медицинской профилактики (в том числе 5 детских), 24 кабинета медицинской профилактики в медицинских организациях региона.

Медицинские профилактические мероприятия с населением проводятся специалистами медицинских организаций через информационно-коммуникационную кампанию, профилактическое консультирование, включая Школы здоровья по профилактике заболеваний и факторов риска их развития, раннюю диагностику заболеваний при диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах, а также при динамическом диспансерном наблюдении.

Реализация мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни у населения области осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Новосибирской области от 7 мая 2013 г. № 199-п «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Новосибирской области» (с изменениями на 22 марта 2022 года).

На территории Новосибирской области с января 2019 года реализуются мероприятия регионального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» национального проекта «Демография». В регионе уже определены этапы внедрения муниципальных программ и выстроено управление системой укрепления общественного здоровья, образована межведомственная комиссия по реализации мер, направленных на формирование среды, способствующей ведению здорового образа жизни, укреплению здоровья и развитию системы мотивации населения Новосибирской области к здоровому образу жизни. Необходимо отметить, что 60% всех муниципалитетов области (21 муниципальное образование региона) разработали, утвердили и внедряют муниципальные программы укрепления общественного здоровья. В 2022 году к разработке муниципальных программ общественного здоровья приступили еще семь муниципальных образований области.

Реализация мероприятий в рамках муниципальных программ по укреплению общественного здоровья имеет важное значение. При этом ключевую роль играет профессиональный уровень специалистов РЦОЗиМП, активно взаимодействующих с администрацией муниципального образования, представителями общественных организаций, населением. На регулярной основе проводится постоянный мониторинг хода и результатов программ, на основании разработанных чек-листов, что дает возможность своевременно принимать важные управленческие решения.

Привлечение внимания работодателей к корпоративным программам укрепления здоровья на рабочем месте является одним из приоритетных направлений дальнейшей работы РЦОЗиМП. Особое внимание РЦОЗиМП направлено на расширение спектра профилактических мероприятий, связанных с формированием здоровья трудовых коллективов, на мотивацию к более ответственному отношению населения к своему здоровью, на обучение навыкам соблюдения правил гигиены, режима труда и учебы.

Важным и необходимым направлением деятельности РЦОЗиМП, по-прежнему остается, проведение социологических исследований и выполнение научных изысканий по актуальным для службы медицинской профилактики региона тематикам.

Дальнейшее развитие системы здравоохранения невозможно без совершенствования организационных подходов к раннему выявлению факторов риска заболеваний, особенно на этапе амбулаторно-поликлинической помощи. Формирование здорового образа жизни, в том числе популяризация культуры здорового питания, спортивно – оздоровительных программ и профилактика наркомании, алкоголизма, употребления табака, особенно среди несовершеннолетних продолжают оставаться главными направлениями работы системы здравоохранения Новосибирской области.

Необходимо отметить, что в настоящий момент РЦОЗиМП имеет необходимый (полный) набор документов, регламентирующих его деятельность. В дальнейшем необходимо своевременно отслеживать их актуальность (действенность), в связи с выходом новых нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы общественного здоровья.

В своей работе РЦОЗиМП планирует уделить внимание на совершенствование нормативной базы по вопросам ведения гражданами здорового образа жизни с учётом рекомендаций ВОЗ, внедрение к 2024 г. в 100% муниципальных образований НСО программ по укреплению общественного здоровья, повышение информированности населения о вреде потребления табака, нерационального и несбалансированного питания, низкой физической активности, злоупотребления алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, а также развитие волонтерской деятельности, направленной на популяризацию здорового образа жизни, что позволит охватить более широкую целевую аудиторию населения. Подводя итог, хочется отметить, что организация профилактической помощи в Российской Федерации регламентирована рядом нормативно-правовых документов, однако их несовершенство, выявляет проблемные места и позволяет определить приоритеты для дальнейшего направления развития системы общественного здоровья.

# **АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ И ПУТИ ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ**

Бравве Ю.И., Латуха О.А., Кирякова И.Д., Щерба М.М.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Актуальность: Необходимость совершенствования оториноларингологической помощи продиктована высокой заболеваемостью ЛОР-органов среди детей в последние годы на фоне низкой укомплектованности ЛОР-врачами в медицинских организациях. Работа оториноларингологов, диспансерное наблюдение, проведение лечебно-профилактических мероприятий, обеспечение и тесное взаимодействие с педиатрическим и дошкольным отделениями, мультидисциплинарный подход к ведению и наблюдению детей [1,2] организуются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и регламентируется приказами МЗ РФ: № 905н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» 12.11.2012 г. [4], № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» от 10.08.2017 г. [3], № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ» от 02.06.2015 г. [5].

Цель исследования: провести анализ реализации нормативно-правовой документации, регламентирующей аспекты оказания оториноларингологической помощи детям и подросткам ЛОР-службы Новосибирской области.

Материалы и методы: В работе применялись нормативно-правовой анализ, статистический анализ, экономический анализ, общелогические методы и приемы.

Результаты и обсуждение: Анализ нормативно-правовой базы РФ показал, что согласно порядкам оказания помощь детям по профилю «Оториноларингология» № 905н подразумевает обеспеченность лор-врачами 1,25 ставки на 10 тысяч детского населения. Основываясь на приказе № 290, нормами отраслевого времени, отведенного на прием ЛОРа по заболеванию, составляет 16 минут, на прием по проведению профосмотра 6 минут.

На основании приказа № 514 ЛОР-врач задействован в 7 возрастных категориях при проведении профосмотров несовершеннолетних на 10.000 населения. Врачи снимаются с амбулаторных приемов 2-3 раза в неделю, направляясь в дошкольные и образовательные учреждения (табл. 1). В настоящее время в поликлиниках оториноларингологи работают по пятидневной рабочей неделе. Ее продолжительность по времени при амбулаторном

приеме пациентов у ЛОРа равна 33 часа, продолжительность рабочего дня составляет 6 часов.

Таблица 1

**Количество детей, подлежащих профосмотру и количество времени, затраченного на проведение профосмотра оториноларингологом согласно приказу № 514 Н, рассчитано на 10.000 населения**

Возраст	Примерное кол-во чел. на 10000 детского населения	Осмотр в МО	Время профосмотра в МО (в мин)	Осмотр в ДДУ и школе	Время профосмотра в ДДУ и школе	Общее время работы Лор-врача
1 год	600	600	9600			9600
3 года	600	220	3520	380	2280	5800
6 лет	600	60	960	540	3240	4200
7 лет	600	60	960	540	3240	4200
15 лет	600	120	1920	480	2880	4800
16 лет	600	120	1920	480	2880	4800
17 лет	600	120	1920	480	2880	4800

Затраты рабочего времени оториноларинголога на профосмотрах на прием одного пациента отводится 6 минут в час, что сказывается на качестве оказания медицинской помощи и противоречит нормативам указанных в порядках оказания медицинской помощи. № 905н – 30 минут на 1 человека (табл. 1).

При проведении расчетов на 10.000 населения должно быть осмотрено 8002 человека, из них по профосмотрам 4200 человек, по заболеванию 3802 человека. Профосмотры занимают в структуре работы врача до 55,8% рабочего времени. Экономическая составляющая структуры приема оториноларинголога – оплата приема врача по профосмотру детей согласно тарифам ОМС на 2023год составляет 424,08 рублей для МО 1 уровня и 435,05 рублей соответственно для МО 2 уровня. С учетом экономических расчетов проведение медосмотра на примере МО 2 уровня составляет, основываясь на данные из таблицы 2:

1)  $1300 \cdot 435,05 = 565.565$  руб. (профосмотр в медицинской организации).

2)  $2900 \cdot 435,05 = 1.261.645$  руб. (профосмотр в ДДУ и школах).

3)  $565.565 + 1.261.645 = 1.827.210$  руб. (доход МО за профосмотры).

Данные расчеты указывают на низкооплачиваемый труд высококвалифицированных узких специалистов. С целью экономической заинтересованности и мотивации врачей, а также медицинских организаций важно привести тарифы ОМС в соответствие с реальными трудовыми затратами.



Рис. 1. Численность врачей оториноларингологов на 10 тыс. населения по РФ

Общая обеспеченность ЛОР-врачами составляет в среднем по стране 0,9-1,0, что указывает на дефицит кадров в области оториноларингологии. Идет нарушение порядков оказания медицинской помощи согласно приказу №905н, в котором говорится, что укомплектованность лор-врачами должна составлять 1,25 на 10.000 детского населения.



Рис. 2. Врачи оториноларингологи г. Новосибирска и НСО

Анализ кадрового обеспечения по профилю «Оториноларингология» по НСО и в г. Новосибирске выявил острый кадровый дефицит, особенно в районах НСО. Таким образом, в среднем по России и НСО, г. Новосибирску наблюдается неуккомплектованность штата в медицинских организациях врачами и высокая нагрузка узких специалистов на занятых должностях.

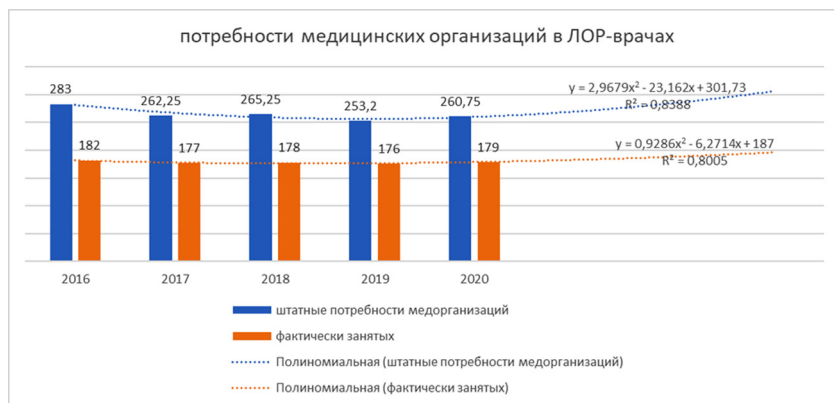


Рис. 3. Потребности организаций г. Новосибирска и НСО в оториноларингологах

Численность населения г. Новосибирска и НСО на начало 2023 года составляет 2.794.315 человек, при проведении расчетов потребности города и области в ЛОР-врачах составляет 279,4 специалиста, на сегодня специалистов – 179 человек, что указывает на острый дефицит кадров в современном здравоохранении региона.

Выводы:

Проанализировав нормативно-правовую базу, мы пришли к выводу, что существующее законодательство необходимо пересмотреть, что даст в дальнейшем возможность совершенствования оториноларингологической помощи детскому населению.

Профилактические осмотры занимают больше половины рабочего времени высококвалифицированного узкого специалиста, при этом данный труд низкооплачиваемый по тарифам ОМС.

По данным статистических наблюдений в регионе ежегодно растет заболеваемость ЛОР-органов среди детского населения, в связи с этим необходим пересмотр нормативной потребности в врачах-оториноларингологах.

Необходима подготовка и мероприятия по мотивации молодых специалистов к выбору специальности «Оториноларингология», направленные на повышение престижности и авторитета профессии врача-оториноларинголога поликлиники, восполняя тем самым дефицит кадров на местах.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Кильдиярова, Р. Р. Диспансеризация здоровых детей. Вопросы современной педиатрии / Р. Р. Кильдиярова. – Текст : электронный // Вопросы современной педиатрии. – 2018 – №17 (3) – С. 246–250. <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i3.1896>

2. Маринкин И.О. Совершенствование кадровой политики регионального здравоохранения / И. О. Маринкин, Е. Г. Кондюрина, Е. А. Аксенова, О.А. Латуха, С.В. Соколов, Е.А. Пушкарева. – DOI 10.15507/2413-1407.112.028.202003.598-623 // Регионология. – 2020. – Т. 28, № 3. – С. 598–623.
3. О Порядке профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.09.2017 г. №514н//в ред. Приказов Минздрава РФ от 03.07.2018 № 410н, от 13.06.2019 N 396н, от 19.11.2020 N 1235н.
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология»: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 905н //Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27502.
5. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 г. № 290н//Зарегистрирован 24.08.2015 № 38647.

## **НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Бравве Ю.И., Латуха О.А., Толстова К.С., Ермилова А.М.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Актуальность: Охрана здоровья детей и подростков является одним из приоритетных направлений государственной политики в Российской Федерации. За последние 10 лет наметилась отчетливая тенденция к улучшению демографических показателей: увеличение рождаемости и снижение младенческой смертности. Однако, влияние неблагоприятных факторов (экологических, медико-биологических, пандемических, социальных и др.) нередко приводит к росту заболеваемости детей разных возрастных групп.

Для достижения оптимального состояния здоровья у ребенка требуется соблюдение ряда условий. К ним относят такие, как активное выявление начальных стадий заболевания, своевременное лечение и проведение профилактических мероприятий.

Государственная система медицинской профилактики на законодательном уровне строится с учетом принципов формирования программ профилактических осмотров, штатного и временного нормирования; максимальной приближенности к воспитанникам и обучающимся в детских образовательных учреждениях (ДОУ); преемственности в обеспечении эффективного диспансерного наблюдения в территориальных поликлиниках; межведомственного взаимодействия всех участников системы охраны здоровья детей при организации здоровьесберегающих мероприятий.

За 10 месяцев 2022 года охват профилактическими медицинскими осмотрами несовершеннолетних составил 26,4 млн. (68,4%), в том числе детей в возрасте 15-17 лет – 4,6 млн. (74,8%).

Цель: Провести нормативно-правовой анализ информирования пациентов при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

Материалы и методы: Объектом исследования послужило детское население в возрасте 0–17 лет. Проведен анализ данных отчетной формы № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» в целом по Российской Федерации (РФ), в разрезе ее федеральных округов (ФО) и субъектов. Выделялись возрастные группы 0–14 и 15–17 лет. Использовался нормативно-правовой анализ, медико-статистический, аналитический, математико-статистический, экономический анализ. Для определения сходных или отличающихся по уровню показателей, полученных в результате профилактических медицинских осмотров, проведено их ранжирование, между ними устанавливалась корреляционная связь.

Результаты: С 1 января 2013 г., согласно части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», медицинская помощь организуется и оказывается всеми медицинскими организациями РФ на основе стандартов медицинской помощи. Все дети РФ имеют право на прохождение профилактических медицинских осмотров в порядке, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов РФ.

Медицинские работники амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения руководствуются приказами Минздрава России. Так, приказ Минздрава России от 19.11.2020 № 514н «О Порядке профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», утвержденный Минюстом России, вступивший в силу с 1 января 2018 г.

Согласно приказу Минздрава России № 514н, в настоящее время предусмотрены только комплексные профилактические осмотры, осмотров предварительных и периодических не предусмотрено.

Необходимым условием проведения комплексного профилактического осмотра является наличие информированного добровольного согласия, предоставленного родителями или законными представителями ребенка не позднее чем за 5 рабочих дней до профосмотра несовершеннолетнего, на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Таблица 1

**Статистический анализ**

Субъекты Российской Федерации	Подлежало осмотрам	Осмотрено	Охват профосмотрами (%)
Российская Федерация	26 442 054	18099260	68,4
Центральный федеральный округ	6 285 590	3905949	62,1
Северо-Западный федеральный округ	2 352 336	1609853	68,4
Южный федеральный округ	2 927 269	1507669	51,5
Северо-Кавказский федеральный округ	2 239 807	1762107	78,7
Приволжский федеральный округ	5 659 702	4457853	78,8
Уральский федеральный округ	2 478 973	1761270	71,0
Сибирский федеральный округ	3 015 953	2142266	71,0
Новосибирская область	502 570	323997	64,5
Дальневосточный федеральный округ	1 466 762	939425	64,0

При анализе нормативно-правовой базы информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства подписывается один раз с полным перечнем всех медицинских вмешательств, но медицинские организации, боясь штрафных санкций со стороны проворящих организаций, подписывают информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на каждое медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и чаще оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, нежели в электронном формате. В связи с этим встает вопрос об экономической составляющей. При проведении математико-статистического и экономического анализа было выяснено, что проведение профилактических осмотров сопровождается значительным числом заполнения документации в бумажном формате, в том числе и информированные согласия. Ежегодно при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних из

одного ДОУ, прикрепленного к медицинскому государственному учреждению, осмотр проходят в среднем 1320 учащихся. На каждого несовершеннолетнего ребенка оформляется информированное добровольное согласие или отказ от него в бумажном формате в объеме 2-х страниц, не считая остальных обязательных к заполнению документов. Стоимость 2-х страниц бумажного носителя – 1,6 рубля (взята средняя стоимость упаковки по РФ – 400 рублей / 500 листов). Используя статистические данные за 2022 год, что общая численность детского населения в России составляет 26,4 млн. человек, следует из отчета Минздрава РФ, при 100% охвате несовершеннолетних на это расходуется 31,68 млн. рублей ежегодно.

Выводы:

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – важная юридическая составляющая любого медицинской организации, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.
2. В большинстве субъектов РФ зарегистрирован высокий уровень охвата детского населения профилактическими медицинскими осмотрами, особенно среди подростковой возрастной группы.
3. Для снижения временных и экономических затрат эффективно внедрить оформление ИДС в электронном формате.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Устинова Н.В., Антонова Е.В., Терлецкая Р.Н., Вишнева Е.А., Геворкян А.К., Кожевникова О.В., Сурков А.Н. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 3. – С. 49-54.
2. Казанцева А.В., Ануфриева Е.В. Проблемы организации медицинских осмотров в системе медицинского обеспечения несовершеннолетних, обучающихся в колледжах //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 3. – С. 116-131.
3. Митрофанова Е.А. Надзор за исполнением законодательства в сфере охраны здоровья несовершеннолетних //Законность и правопорядок. – 2016. – № 3-4 (15). – С. 74-76.
4. Аликова З.Р., Анаева Л.А., Ремизов О.В. Результаты профилактических медицинских осмотров как индикатор эффективности региональной политики в области охраны здоровья детей //Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2022. – № 4. – С. 148-152.
5. Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В., Мельникова Н.Е. Методика проведения профилактических осмотров по

принципу «ромашка» у детей раннего возраста //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – Т. 64. № 4. – С. 160.

6. Куинджи Н.Н., Рапопорт И.К. Профилактические осмотры детей в образовательных учреждениях: цели, реалии и пути решения // Поликлиника. – 2008. – № 1. – С. 16-19.
7. Хмелевская Е. Как повысить юридическую грамотность медработников и меньше судиться с пациентами. Практикум для персонала // Заместитель главного врача. – 2019. – № 11. – С. 88-107.
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2017).
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.09.2017 г. № 514н «О Порядке профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК**

Дрижанова О.Н., Гуринович Е.Г., Баннова Е.С

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Человек наделен правом на охрану своего здоровья Конституцией РФ, статья 41 Конституции РФ устанавливает, что каждый человек имеет право на медицинскую помощь и охрану своего здоровья, а принципы доступности и качества медицинской помощи регламентирует статья 10 Закона «Об основах охраны здоровья граждан».

К сожалению, нередко граждане РФ сталкиваются с таким понятием, как «врачебная ошибка». Врачебная ошибка – это неизбежная и негативная издержка лечебной работы любого врача, имеющая негативный эффект для здоровья и жизни пациента, который, не всегда зависит только от врача. В медицине существует своя квалификация ошибок врачей, которая весьма обширна. В обобщенном варианте можно выделить шесть видов медицинских ошибок: диагностические, лечебно-технические, лечебно-тактические, организационные, неправильное оформление и ведение обязательной документации, ненадлежащее поведение медицинских служащих.

Проблема повышения качества медицинской помощи, снижения количества врачебных ошибок зависит от эффективности функционирования медицинских организаций. К сожалению, предположение либертарной теории о том, что рыночные отношения между равными функционирующими субъектами должны не только повысить качество оказываемой медицинской помощи, сгладить проблему врачебных ошибок, но и способствовать развитию здравоохранения в целом, во многом, за счет конкуренции за кли-

ентов и получения инвестиций. В последние годы государство стало все более активно регулировать медицинскую сферу вне рыночными методами, что привело к возникновению разнонаправленных подходов к пониманию врачебной ошибки и, как следствие, к возрастанию их количества.

Вторая проблема – проблема субъектов государственной системы здравоохранения. Проводимое преобразование и деление на казенные, бюджетные и автономные учреждения [3] проблему рыночных субъектов также не решает, поскольку особой разницы в их функционировании, несмотря на ожидания, не существует. С большой степенью условности некоторым своеобразием выделялись автономные учреждения и то на первоначальном этапе.

Наиболее эффективным в сегодняшней ситуации выглядит функционирование системы здравоохранения на основе государственно-частного партнерства или концессии [5]. Концессия, концессионное соглашение – форма государственно-частного партнерства, вовлечение частного сектора в эффективное управление государственной собственностью или в оказание услуг, обычно оказываемых государством, на взаимовыгодных условиях. Однако большое количество административных барьеров существенно затрудняют функционирование подобного механизма.

Нами предлагается один из путей решения этой задачи, который коррелирует с рекомендациями «Концепции развития здравоохранения до 2020 года» [1] о «создании правовых и экономических условий для формирования саморегулируемой системы оказания медицинской помощи», которое предполагает:

- формирование системы корпоративной ответственности за качество оказания медицинской помощи;
- рейтинговую оценку результатов работы каждого члена медицинского коллектива в зависимости от эффективности и результативности его работы;
- корпоративное распределение финансовых средств за оказание медицинской услуги, что предусматривает переход на новые формы оплаты труда;
- формирование системы персональных допусков к видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности;
- повышение мотивации медицинских работников к непрерывному профессиональному образованию и приобретению допусков к новым видам медицинской деятельности в рамках основной специальности или смежных областях медицины и др.

Создание «самоуправляемых» субъектов возможно на основе Закона о «Саморегулируемых организациях» [6].

В соответствии с этим законом, на основе объединения врачей-специалистов, как физических лиц, создается саморегулируемая организа-

ция, которая формирует управленческую структуру, способную осуществлять деятельность по предоставлению медицинских услуг. Такая саморегулируемая организация является претендентом на получение права аренды или концессии помещения, оборудования, предназначенного для медицинских целей у государства (муниципальных властей) и осуществлять медицинское обслуживание населения, выступая как автономный субъект рыночных отношений [6].

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Концепция развития здравоохранения до 2020 года / [http: www. zdravo2020. ru](http://www.zdravo2020.ru).
2. Монтмор В., Гилл Ф., Полякевич Л. «Роль частно-государственного партнерства в финансировании инвестиций в российскую инфраструктуру»//valerie\_montmaur@standardandpoors.com.
3. Титова В.А., Дрижанова О.Н. «К развитию инфраструктурных отраслей» // «ИНТЕГРАЛ» №2(52) март-апрель 2010г. с. 58-59.
4. Федеральный закон от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (ред. от 18.10.2007).
5. Федеральный Закон от 27 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» //Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 30, с. 3126.
6. Федерального закона от 1 декабря 2007 г. N 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» (текст в редакции Федеральных законов от 22.07.2008 N 148-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ, от 28.04.2009 №62-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 49, ст. 6076; 2008, N 30, ст. 3604; ст. 3616.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Калиниченко А.В.<sup>1,2</sup>, Романенко М.Ю.<sup>1</sup>, Борцов В.А.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника № 27» (Новосибирск)

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск)

<sup>3</sup>ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (Новосибирск)

---

Несмотря на то, что жизнь и здоровье человека представляют собой базовые ценности, право на здоровье было признано на международном уровне только в середине XX в., и основополагающая роль в признании

этого права принадлежит Уставу (Конституции) ВОЗ, который был подписан 22.07.1946. Устав не только определяет основную цель организации – достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья, но и закрепляет понятие здоровья. Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Устав провозглашает право каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и право пользоваться всеми достижениями в области охраны здоровья, одновременно возлагая на государства ответственность за здоровье своих народов и обязанность принимать все необходимые социальные, правовые и медико-санитарные меры.

Законодательство о здравоохранении – это система нормативно-правовых актов, регулирующих организационные, имущественные, неимущественные отношения, возникающие в связи с оказанием лечебно-профилактической помощи гражданам, проведением санитарно-эпидемических мероприятий. Рассмотрим основные нормативные акты, которые регулируют общественные отношения в сфере здравоохранения.

Всеобщая Декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) закрепляют право каждого человека на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения. К международным документам также относятся: Декларации Всемирной Медицинской ассамблеи: Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения (1983 г.), Лиссабонская декларация о правах пациента (1981 г.), Декларация о независимости и профессиональной свободе врача (1986 г.), Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (1994 г.) и другие.

Конституция Российской Федерации в статье 41 закрепляет право граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системе здравоохранения. Государство предоставляет гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Основным федеральным законом, регулирующим отношения в сфере здравоохранения, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ). В нем определены основные принципы охраны здоровья; полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; организация охраны здоровья; охрана здоровья матери и ребенка; вопросы семьи и репродуктивного здоровья; медицинская

экспертиза и медицинское освидетельствование; медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, а также медицинских организаций; программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья; организация контроля в сфере охраны здоровья; ответственность в сфере охраны здоровья.

Вопросы качественной медицинской помощи и безопасной медицинской деятельности рассматриваются, базируясь на таких аспектах, как порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. Порядок оказания медицинской помощи – это официальный нормативно-правовой документ, в котором закреплена совокупность мероприятий организационного характера, направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме. В соответствии с пунктом 4 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг. Номенклатура медицинских услуг представляет собой перечень медицинских услуг, который утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Стандарт медицинской помощи представляет собой алгоритм действий врача при лечении различных видов заболеваний. При этом соблюдение стандарта медицинской помощи позволяет не только оказать качественную медицинскую помощь, но и сделать ее рациональной и продуманной. Также согласно пункту 3 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций.

Наряду с этим, в соответствии с пунктом 2.1 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в обязанности медицинской организации вменяется обеспечение оказания медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также создание условий, обеспечивающих соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.

С 1 января 2022 года вступили в силу Правила поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6-9 и 11 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 (далее – Правила).

Согласно Правилам, переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций осуществляется поэтапно, но не позднее 1 января 2024 года.

Клинические рекомендации применяются следующим образом:

- размещенные в Рубрикаторе до 1 сентября 2021 года – с 1 января 2022 года;
- размещенные в Рубрикаторе до 1 июня 2022 года – с 1 января 2023 года;
- размещенные в Рубрикаторе после 1 июня 2022 года – с 1 января 2024 года.

Также, в соответствии со статьей 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ клинические рекомендации учитываются при формировании программы государственных гарантий согласно Правилам следующим образом:

- клинические рекомендации, размещенные в Рубрикаторе до 1 июня 2022 года, учитываются при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов;
- клинические рекомендации, размещенные в Рубрикаторе до 1 июня 2023 года, учитываются при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов;
- клинические рекомендации, размещенные в Рубрикаторе после 1 июня 2023 года, учитываются при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, начиная с 1 января 2024 года.

## **ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Лукашева О.В.<sup>1</sup>, Борцов В.А.<sup>1,2</sup>, Фомичева М.Л.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)

<sup>2</sup>ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской  
профилактики» (Новосибирск)

<sup>3</sup>НИИТПМ – филиал ФГБНУ «ФИЦ ИЦиГ СО РАН» (Новосибирск)

---

Развитие государства и общества определяет развитие и фиксирование прав и свобод каждого человека, основные из которых закреплены в Конституции Российской Федерации и международных нормативно-правовых актах. Особенное внимание следует уделить охране здоровья детей и под-

ростков, в частности – репродуктивному, как важной части здоровья населения в целом.

Еще в 1968 году стал разрабатываться вопрос репродуктивных прав как вид прав человека на Международной конференции ООН по правам человека. Согласно зафиксированной Программе действий, принятой Международной Конференцией по народонаселению и развитию в 1994г., репродуктивные права человека включают права граждан на охрану их репродуктивного здоровья и свободное принятие, и реализацию решений в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, методов зачатия и рождения детей, а также на медико-социальную, информационную и консультативную помощь в этой сфере. Сама категория «репродуктивные права» не регламентирована в Конституции Российской Федерации, однако в ч. 1 ст. 55 Конституции обозначено, что «...перечисление в Конституции Российской Федерации основных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина». Государство гарантирует в ч. 1. ст. 45 государственную защиту прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации.

В качестве конституционной основы охраны репродуктивных прав следует выделить и ч. 1. ст. 41, закрепляющую за каждым человеком право на охрану здоровья и медицинскую помощь, так как реализация репродуктивных прав напрямую связана с уровнем репродуктивного здоровья человека и гражданина. Репродуктивные права гарантируются и защищаются на государственном уровне, присущи всем людям без исключения и носят естественный характер. Эти права в равной мере принадлежат как женщинам, так и мужчинам.

«Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» выделяет ухудшение репродуктивного здоровья населения как одну из причин снижения демографических показателей. В качестве решения проблем снижения демографии и стимулирования повышения уровня рождаемости предлагается обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья населения во всех возрастных группах. Учитывая, что сбережение генофонда и повышение рождаемости являются важными задачами для государства, Российская Федерация проводит и совершенствует демографическую политику, направленную на увеличение естественного прироста населения. Для реализации задачи издан Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 606 (ред. от 20.03.2019) «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации», а также разработана «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденная Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 (ред. от 01.07.2014).

Эффективная демографическая политика невозможна без активного участия компетентных ведомств и учреждений в реализации мер по повышению репродуктивного здоровья населения всех возрастных групп, включающих проведение профилактических мероприятий среди молодежи, родителей девочек и девушек-подростков, направленных на сохранение репродуктивного здоровья и формированию ответственного отношения к планированию семьи.

Ведущий нормативно-правовой акт в сфере здравоохранения – Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2023), определяющий помимо приоритета профилактики в сфере охраны здоровья, приоритет охраны здоровья детей, в главе 6 регламентирует основы здоровья матери и ребёнка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья. Кроме прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья на получение медицинской помощи, включая профилактические осмотры, прохождение диспансеризации и реабилитации, статьёй 54 главы 6 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» акцентируется право на санитарно-гигиеническое просвещение в вопросах здоровья, включая репродуктивное, а также получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека. Основы репродуктивного здоровья закладываются в детском и юношеском возрасте. Поэтому, работа с подростками и молодежью в области полового образования на сегодняшний день является одним из актуальных направлений.

Анализируя правовые основы охраны репродуктивного здоровья, важно изучить Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Настоящий Порядок регулирует оказание медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и распространяется на все медицинские организации, оказывающие помощь по данному профилю, вне зависимости от формы собственности.

Ключевыми пунктами в сфере охраны репродуктивного здоровья детей и подростков можно выделить следующие. Пункт 6б, формулирующий основную задачу первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным в проведении профилактики, раннего выявления и лечения наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также проведения санитарно-гигиенического образования, направленное на предупре-

ждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирования стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья). Основы первичной специализированной медико-санитарной помощи несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний описываются в пункте 78 настоящего Приказа.

Регламентируется оказание помощи, а также проведение санитарно-гигиенического образования в медицинских организациях: детской поликлинике, женской консультации, Центре охраны репродуктивного здоровья подростков, Центре охраны здоровья семьи и репродукции, Центре охраны материнства и детства, перинатальном центре, в поликлиническом отделении медико-санитарной части, городской больницы, клиники, входящей в состав образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Отдельно стоит отметить содержание 79 пункта, который помимо регламентирования оказания непосредственно специализированной лечебной помощи, определяет необходимость проведения профилактических и просветительских мероприятий, направленных на повышение уровня информированности детей и подростков, а также их родителей в вопросах репродуктивного здоровья. Заявленные мероприятия включают в себя персонализированное консультирование несовершеннолетних и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска и первичной профилактики заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики абортов и выбора контрацепции; санитарно-гигиеническое просвещение несовершеннолетних, с учетом возрастных психологических особенностей и направленное на ознакомление с нормальной физиологией полового созревания, с основными проявлениями гинекологических заболеваний, нарушений полового развития и патологии молочных желез, требующих обращения к врачу акушеру-гинекологу, на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительских моделей.

Существующая нормативно-правовая база в сфере охраны репродуктивного здоровья детей и подростков определяет и подчеркивает необходимость своевременного и достоверного информирования детей, подростков и их родителей по вопросам репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения. Для формирования стереотипа здорового образа жизни, приобретения навыков ответственного отношения к здоровью, целесообразно ис-

пользовать информационный ресурс, содержащий информацию профилактической направленности для детей, подростков и лиц, участвующих в их воспитании и представлении их интересов.

## **ОБЗОР ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ РЕГУЛИРУЮЩИХ ЛЬГОТНОЕ ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1917 – 2014 ГОДЫ**

Носов Д.С.<sup>1</sup>, Калиниченко А.В.<sup>2,3</sup>, Хмельницкая Я.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ НСО «Новосибирская областная стоматологическая поликлиника»  
(Новосибирск)

<sup>2</sup>ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая  
поликлиника № 27» (Новосибирск)

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)

---

В многочисленных источниках, поднимающих вопрос оказания помощи отдельным категориям граждан по льготному зубопротезированию, исследуются проблемы, связанные с недостатком финансирования и анализом статистических данных на федеральном и региональном уровнях. Безусловно, данные исследования необходимы для внесения корректив в бюджет, а также для выбора стратегии на плановый период. Что же касается вопроса правового регулирования льготного зубопротезирования, то можно с уверенностью говорить о необходимости структурировать и упорядочить нормативно-правовые акты по выбранной тематике, провести анализ изменений по категориям граждан.

Прежде, чем рассматривать регулирование вопроса на региональном уровне, считаю необходимым упомянуть об истории вопроса правового регулирования зубопротезирования на уровне федеральном.

Так, ещё в далёком 1917 году, после провозглашения социальных прав, были обнародованы декреты о помощи пострадавшим от несчастных случаев на предприятиях и страховании на случай болезни. 24 января 1918 года был создан первый общегосударственный медицинский орган – это был совет врачебных коллегий, во главе с Винокуровым А.Н., который уже 11 июля 1918 года, декретом СНК РСФСР был преобразован в Народный комиссариат здравоохранения.

К созданию государственного зубоврачевания в стране Народный комиссариат здравоохранения приступил во главе с наркомом Н.А. Семашко и руководителем зубоврачебной подсекции П.Г. Дауге. Основными задачами системы зубоврачевания в то время были организация массовой зубоврачебной и зубопротезной помощи. В 1920-е г. проблемам массового зубо-

протезирования были посвящены клинико-экспериментальные исследования стоматологов, которые позволили научно обосновать показания и противопоказания к протезированию и оценить эффективность различных видов протезов.

Год за годом, осознавая важность и значимость зубопротезирования для населения страны, первым, воистину значимым шагом, с точки зрения правового регулирования вопроса зубопротезирования, стал приказ № 417 от 06.07.1946г., подписанный народным комиссаром здравоохранения Митирёвым Г.А., согласно которому, в числе остального, восьмым пунктом приказал «Предусмотреть в бюджете 1947 года необходимые ассигнования для бесплатного зубопротезирования...», закрепив в Приложении № 4 вышеупомянутого приказа, «Правила о бесплатном зубопротезировании». Согласно Правилам бесплатного зубопротезирования, зубные, челюстные и лицевые протезы изготавливались бесплатно:

- персональным пенсионерам;
- всем инвалидам Отечественной войны с повреждениями в челюстно-лицевую область;
- инвалидам Отечественной войны I и II групп;
- инвалидам труда I и II группы;
- пенсионерам по старости.

Просуществовав, без малого, 42 года, утратил силу, в связи с выходом Приказа Минздрава СССР от 21.03.1988 N 221.

Приказом № 386 от 02.09.1961 Министр здравоохранения СССР Курашов С.В. распорядился обеспечить первоочередное и безотказное оказание зубопротезной помощи лицам, имеющим право на бесплатное зубопротезирование. Утратил силу, в связи с выходом Приказа Минздрава СССР от 27.02.1976 N 199.

В своём письме №32-03/346 от 30.04.1986г. заместитель Министра МЗ РСФСР Панов В.Г. «О перечне групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых, медикаменты больным по рецептам врачей выдаются бесплатно» даёт разъяснения о введении дополнительных групп для зубопротезирования, а именно:

- инвалиды, приравненные к инвалидам Отечественной войны I и II групп;
- инвалиды детства I и II групп;
- инвалиды Отечественной войны III группы в зависимости от особых показаний.

Утратил силу с выходом Приказа Минздрава России от 03.12.2020 N 1283

С распадом СССР, наступлением в 1990-х г. в России эпохи рыночных отношений произошли принципиальные изменения в организации, управлении и структуре стоматологической службы. В здравоохранение была

введена система платных услуг. Реальное управление здравоохранением, в том числе и финансирование, стало перемещаться в регионы.

Постановление № 970 от 11.12.1992 исполняющего обязанности председателя Правительства РФ Гайдара Е.Т., а также изменения в ППРФ № 970 от 30.07.1993, внесённые Председателем Правительства РФ Черномырдиным В.С., отразившиеся в Постановлении № 752 «О порядке формирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения и обеспечении мер по социальной защите населения», утвердило группы населения (федерального значения), имеющие право на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов):

- Герои Советского Союза;
- Герои Российской Федерации и полные кавалеры ордена Славы
- граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы.

Утратил силу, после выхода Постановления Правительства РФ от 30.07.1994 N 890.

Письма заместителя Министра Минсоцзащиты РФ Киселёва С.Г. № 1-2674-18 и первого заместителя Министра здравоохранения Москвичёва А.М. № 05-16/35-16 от 13.09.1993 «О предоставлении некоторым категориям лиц льгот по лекарственному обеспечению для территориальных поликлиник», указывают на то, что бесплатное зубопротезирование в территориальных поликлиниках производится:

- всем инвалидам Отечественной войны с повреждениями в челюстно-лицевую область;
- инвалидам Отечественной войны I и II групп и приравненным к ним инвалидам;
- инвалидам труда I и II группы;
- пенсионерам по старости;
- инвалидам детства I и II;
- Инвалидам Отечественной войны III группы в зависимости от особых показаний

Утратил силу с выходом Постановления Правительства РФ от 30.07.1994 N 890.

Дополнительная категория граждан, внесённая в Постановление № 419 от 03.05.1994 председателем Правительства РФ Черномырдиным В.С. «Об утверждении Положения о порядке предоставления льгот реабилитированным лицам и лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий» дополнила список лиц с льготами по бесплатному зубопротезированию «Реабилитированным лицам производится бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов) в государственных и муниципальных медицинских

учреждениях». Утратил силу в связи с выходом Постановления Правительства РФ от 04.08.2005 N489.

Президентом РФ Ельциным Б.Н. был подписан Федеральный закон от 12.01.1995 N 5-ФЗ «О ветеранах». Расходы на реализацию прав и льгот, предоставляемых ветеранам настоящим Федеральным законом, производятся за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. Обозначенным Федеральным законом утверждены дополнительные категории граждан, с льготами по бесплатному зубопротезированию.

Внесение изменений в статью 10 Федерального закона «О ветеранах» Федеральным законом №172-ФЗ от 18.11.1998 внесено уточнение по вопросу финансирования: «За счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации производятся расходы на изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов) в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства».

Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ, подписанный Президентом РФ В.В. Путиным внёс существенное уточнение, которое заключалось в следующем: «Если инвалид одновременно имеет право на ежемесячную денежную выплату по настоящему Федеральному закону и по другому федеральному закону или иному нормативному правовому акту независимо от основания, по которому она устанавливается, то ему предоставляется одна ежемесячная денежная выплата, либо по настоящему Федеральному закону, либо по другому федеральному закону или иному нормативному правовому акту по выбору инвалида». Тот же Федеральный закон определил стратегию развития регионального вопроса предоставления субсидий на зубопротезирование в НСО, а именно статьёй 6.1 главы 2 122-ФЗ, по сути, разделил на региональных (9 категорий) и федеральных (4 категории) льготников.

16.01.2006 Письмом МЗ РФ № 105-ЛГ были даны разъяснения, что федеральным льготникам из 122-ФЗ, имеющих право на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов, данный вид натуральных льгот был заменён на единую денежную выплату (ЕДВ).

На основании 122-ФЗ от 22.08.2004, вышел Закон НСО № 253-ОЗ от 29.12.2004 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в новосибирской области», а также Постановление Губернатора НСО В.А. Толоконского от 10.12.2004 № 724 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в новосибирской области, по обеспечению слухо-, зубо- и глазопротезированием за счёт средств областного бюджета», в которых раскрывалась информация по тем категориям граждан, на которых закладывался областной бюджет и на основании ежемесячных заявок департамента здравоохранения НСО,

управлению финансов и налоговой политики НСО предписывалось перечислять финансовые средства по расходным обязательствам Минздраву НСО в части бесплатного зубопротезирования.

В целях реализации мер соц.поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в НСО, по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов, установленных законодательством, за счёт средств областного бюджета, Начальник главного управления охраны здоровья населения Новосибирской области Н.Л. Тов издал Приказ от 10.02.2005 № 116 «О лимитах финансирования льготного зубопротезирования», в которых утвердил лимиты, и приказал производить расходы в пределах утверждённых лимитов. Аналогичные приказы издаются ежегодно, по настоящее время действующими Министрами здравоохранения НСО.

Приказ МЗ РФ № 321 от 07.05.2007 утвердил сроки пользования зубными протезами.

Приказ МЗ НСО № 365 от 18.05.2007 «О стоимости условной единицы трудоёмкости» руководитель департамента Н.Л. Тов установил стоимость 1УЕТ на 2007 год, в размере 381 рубль, что привело к пониманию вопросов по освоению средств субсидии, среднего расхода на 1 человека, а также внесло понимание в статистическую работу.

Знаковым событием стало создание перечня видов работ по бесплатно-му зубопротезированию, отражённому в Приказе департамента здравоохранения НСО от 07.02.2008 № 104, а также коррекция стоимости 1 УЕТ до 445 руб. на 2008 год, в 2009 году стоимость 1 УЕТ была скорректирована до 550 руб., в 2012 до 580 руб.

Приказом МЗ НСО от 16.01.2013 № 57 был утверждён расширенный перечень видов работ и утверждена новая стоимость 1УЕТ в размере 650 руб. Утратил силу в связи с введением приказа МЗ НСО от 28.01.2016 № 198 с уточнённым перечнем видов работ. Позже, приказом МЗ НСО от 31.01.2022 № 185 отменён, дополнив и изменив ряд позиций.

Приложением к Приказу МЗ НСО от 17.01.2013 №61/1 вводится форма с указанием объёмов государственного задания на оказание услуг по льготному зубопротезированию с разбивкой показателей по каждому из ЛПУ.

Приказ МЗ НСО № 349 от 11.02.2013 «Об очередности на льготное зубопротезирование» обеспечивал перерегистрацию и уточнённый список граждан, имеющих право на льготное зубопротезирование.

В рамках Приказа МЗ НСО от 17.10.2014 № 3336, с целью единообразного подхода и организации процесса в ЛПУ НСО, был утверждён порядок формирования и ведения очереди на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов.

## **ЮРИДИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БОРТУ ВОЗДУШНОГО СУДНА**

Фунтиков А.С.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Оказание медицинской помощи на борту воздушного судна является важной юридической проблемой. Данная помощь регулируется международными нормативными документами, которые устанавливают правила и требования, которые должны соблюдаться при оказании медицинской помощи на борту воздушного судна. С точки зрения юридических аспектов, при оказании медицинской помощи на борту воздушного судна важно, чтобы процесс оказания помощи соответствовал международным стандартам и правилам, а также был оформлен определенными документами, которые позже могут потребоваться для юридической защиты для персонала и пассажиров.

Рассмотрим проблемы и зададимся вопросом, что происходит, когда оказывается медицинская помощь на борту воздушного судна.

Какие документы могут быть применены при оказании медицинской помощи на борту? Это Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; Гражданский кодекс РФ; Уголовный кодекс РФ; Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 N 24183); «Воздушный кодекс Российской Федерации» от 19.03.1997 N 60-ФЗ; Федеральные авиационные правила «Подготовка и выполнение полетов в гражданской авиации Российской Федерации», утвержденных приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 31 июля 2009 года N 128; Методические рекомендации «Обеспечение воздушных судов гражданской авиации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями. Оказание первой помощи и медицинской помощи пассажирам и членам экипажа на борту воздушного судна», утвержденные заместителем Министра транспорта Российской Федерации И.П. Чаликом 15.04.2022.

Однако, на практике авиаперевозчиками применяются Методические рекомендации и Методические указания в данной сфере, которые не являются нормативно-правовым актом и не являются прямо обязывающим нормативно-правовым актом, они лишь создают алгоритм исполнения того или иного нормативного акта и носят исключительно рекомендательный характер. Более того, порядок оказания на борту первой помощи и медицинской помощи не регламентирован законодательством РФ.

На борту воздушного судна присутствуют следующие медицинские комплекты:

- комплект первой помощи (вскрывает любой член экипажа, согласно руководству по оказанию первой помощи, комплект необходим для оказания первой помощи);

- комплект медицинских средств (вскрывает пассажир с медицинским образованием, находящийся на борту ВС, а также кабинный экипаж в случае принятия родов. Вид оказываемой помощи – ПМСП в рейсе оказывается в экстренной и/или неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний);- универсальный профилактический комплект (имеет право использовать любой член экипажа, согласно инструкции, данный комплект необходим для проведения первичных противоэпидемических мероприятий в рейс).

Далее рассмотрим порядок взаимодействия с членами бортового экипажа, а именно: функции участников оказания медицинской помощи и алгоритм действий при экстренной посадки воздушного судна.

*Таблица 1*

#### **Функции участников оказания помощи**

Члены кабинного экипажа	Старший бортпроводник	Медицинский работник	Командир воздушного судна
Обнаруживают больного пассажира	Вызывает медицинского работника из числа пассажиров	Вскрывает КМС	Организует оказание помощи
Подготавливают КПП и КМС	Информирует командира воздушного судна	Оказывает медицинскую помощь в рамках своей подготовки	Принимает решение об экстренной посадки воздушного судна
Оказывают первую помощь	Координирует действия кабинного экипажа	Дает заключение о состоянии больного пассажира. Заполняет бланк отчетности и вскрытии КМС	

При оформлении случая оказания первой и медицинской помощи на борту ВС заполняется специальный бланк, причём в двух экземплярах. Один экземпляр выдается пассажиру, которому оказывалась помощь, второй экземпляр – прикладывается к заданию на полет и возвращается СБКЭ в СБп АК по прилету. Допускается прикрепление к бланку оказания помощи на борту ВС визитной карточки пассажира с медицинским образованием.

Таблица 2

**Экстренная посадка воздушного судна**

Медицинский работник			Бортпроводник				
Боль в области сердца	Приступы и удушья	Инородные тела носа, гортани, уха	Помощь детям при беспокойстве	Головокружение	Головная и зубная боль	насморк	Эпилептический припадок
Ранения	Роды	Оценка состояния пациента	Заболевания и повреждения глаз	Лихорадка	Заложенность и боль в ушах	Носовое кровотечение	Ушибы
Решение об экстренной посадке			Признаки кровотечения из внутренних органов	Возбуждение	Обморок	Боли в животе, расстройство в ЖКТ	
Ухудшение состояния		Будет положительный эффект					

Далее в форме дискуссии рассмотрим проблему ответственности при оказании медицинской помощи. Результаты представлены в таблице.

Таблица 3

**Дилемма оказания/неоказания медицинской помощи на борту ВС**

	Оказывать медицинскую помощь	Не оказывать медицинскую помощь
1	п. 2 ст. 11 323-ФЗ медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.	Пассажир с медицинским образованием не связан с авиакомпанией каким-либо правоотношением, порождающим его обязанность по оказанию первой медицинской помощи, соответственно, авиакомпания не может требовать ее оказания, а пассажир не обязан ее оказывать. Прямого требования законодательством не предусмотрено. Методические рекомендации относятся к обязательному исполнению перевозчиками и его сотрудниками

	Оказывать медицинскую помощь	Не оказывать медицинскую помощь
2	п. 13 ст. 2 323-ФЗ медицинский работник – 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. Из указанных норм не следует, что медицинский работник может отказать гражданину в медицинской помощи в экстренной форме, если гражданину таковая потребовалась за пределами рабочего места или рабочего времени медицинского работника.	Пассажир с медицинским образованием не является медицинским работником
3	ст. 71 и ст.73 323-ФЗ «Клятва врача» регламентирующая обязанность медицинских работников осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе и согласно клятве врача.	ст. 71 323-ФЗ гласит: «Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь...», что явно свидетельствует о сфере деятельности, на которую распространяется клятва, т.е. о профессиональной медицинской деятельности. Пассажир с медицинским образованием не является в этот момент медицинским работником.
4	п. 13 ст. 235 УК РФ предусматривает уголовную ответственность. Осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека или повлекшее по неосторожности смерть человека.	ст. 124 УК РФ является уголовно-наказуемым неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью
5	Действие – осуществление медицинской деятельности.	Бездействие
6	Итог: соблюдать правила, предусмотренные Методическими рекомендациями и правилами для Перевозчика	Итог: не отказываться

В заключение, следует отметить, что правовые аспекты оказания медицинской помощи на борту воздушного судна играют важную роль в обеспечении безопасности пассажиров и персонала воздушного судна. Соблюдение описанных выше норм и правил позволяет уменьшить риски возникновения юридических претензий в отношении оказания медицинской помощи на борту.

## **ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ**

Хмельницкая Я.В., Бычек А.В.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Обеспечение прав иностранных граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь является необходимым условием существования современного правового государства. Этот вопрос затрагивает иностранных студентов, временно проживающих на территории РФ при получении международного образования.

В данной работе мы изучили законодательную базу, регламентирующую оказание медицинской помощи иностранным студентам на территории РФ и провели анализ основных вопросов возникающих в этой сфере.

В Российской Федерации оказание медицинской помощи иностранным гражданам регулируется несколькими правовыми актами, включая Конституцию РФ, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также ряд нормативных документов, устанавливающих порядок предоставления медицинских услуг иностранным гражданам.

Согласно ст. 19 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Однако на иностранных граждан, проходящих обучение в России, распространяется дополнительный ряд правовых норм. Так, в соответствии с письмом Федерального фонда ОМС от 05.10.2000 № 4647/30–3 «Об обяза-

тельном медицинском страховании студентов, учащихся и аспирантов образовательных учреждений» иностранные граждане, обучающиеся в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования РФ, приравниваются к неработающим, соответственно, оказываемая им медицинская помощь не оплачивается из средств ОМС. Кроме того, в соответствии с Федеральным законом от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», каждый иностранный студент должен иметь медицинскую страховку на весь срок пребывания в РФ вне зависимости от формы обучения (очно, заочно, по квоте или без) и способу поступления (конкурсная или платная основа).

В настоящее время иностранные студенты со статусом временно пребывающих в РФ не являются застрахованными в сфере ОМС и поэтому вправе претендовать на бесплатную медицинскую помощь, установленную Правилами, утв. постановлением Правительства РФ от 06.03.2012 № 186 (далее – Правила № 186).

Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается медицинскими организациями бесплатно (п. 3 Правил № 186), так же как и скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, оказываемая организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 5 Правил № 186).

Что касается неотложной помощи (за исключением скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи) и получения медицинских услуг в плановой форме, то такие виды медицинской помощи оказываются временно пребывающим иностранным студентам в соответствии с договорами о предоставлении платных медицинских услуг либо договорами добровольно медицинского страхования ДМС (п. 6 Правил № 186).

Таким образом, оказание медицинской помощи иностранным студентам на территории РФ регламентируется целым рядом нормативных актов. В соответствии с законодательством, каждый иностранный гражданин имеет право на медицинскую помощь, предоставляемую на территории России, без определенных ограничений. Однако оказание медицинской помощи иностранным студентам возможно только на основе заключенного между студентом и страховой компанией договора страхования здоровья. Государственная регистрация студента в вузе РФ также предполагает наличие у него медицинского страхового полиса. Сложность правового регулирования вопроса оказания медицинской помощи иностранным студентам ведет к определенным проблемам в его исполнении, что подтверждает и наше исследование. Среди основных проблем можно выделить отсутствие единой

системы страхования у различных категорий иностранных студентов, что вызывает недопонимания и ошибки со стороны работников медицинских организаций при оказании медицинской помощи, а также недостаточную информированность иностранных студентов о правилах и порядке получения медицинской помощи. В целях внесения ясности правового регулирования данного вопроса Министерство здравоохранения РФ издало информационное письмо от 30 сентября 2021 г. № 17-6/И/2-15861, где были внесены разъяснения для всех руководителей медицинских и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также врачей-специалистов. На наш взгляд, на основании данного письма следует принять дополнительные локальные нормативные акты, утверждающие порядок оказания медицинской помощи разным категориям иностранных граждан в каждой конкретной медицинской организации в целях повышения качества оказания медицинской помощи данной категории граждан.

Выводы. По результатам нашего исследования можно заключить следующие выводы: Иностранные студенты НГМУ проявляют низкую медицинскую активность (низкую заинтересованность в обращении по ДМС). Большинство студентов остались недовольны оказанием медицинской помощи по ДМС из-за недоступности узкоспециализированной помощи. Мы считаем рациональным, чтобы ВУЗ предлагал как минимум две страховые компании (альтернативу в выборе страховой компании при заключении договора ДМС), что повысит уровень обеспеченности медицинской помощи иностранных студентов.

# СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Горбунова Г.Д.

*Департамент Педиатрии Кишиневского Государственного Университета  
Медицины и Фармакологии им. Николая Тестемицану (Молдова)*

---

В настоящее время Республика Молдова находится в топе стран подверженных миграционным процессам. Согласно официальным данным, во временной трудовой миграции находятся более 25% активного населения страны [2, 3, 6, 8, 17]. Положительные и отрицательные эффекты трудовой миграции ощущают на себе не только мигранты и общество в целом, но и население, не вовлеченное в миграционные процессы, такие как дети мигрантов и люди пожилого возраста, на попечение которых эти дети остаются [9, 12, 13, 14].

К сожалению, для Республики Молдова, в современных экономических и социальных условиях, выезд родителей на работу за пределы страны стал реальностью. Феномен детей оставшихся без внимания родителей из-за трудовой миграции нуждается в тщательном анализе, так как родители в любых условиях несут ответственность за жизнь, здоровье, безопасность и образование своих детей [16, 19, 20].

Результаты ретроспективного исследования за период 2009-2021 гг., проведенного в Республике Молдова выявил, что число детей лишенных родительского мониторинга из-за их трудовой миграции выросло в 2,14 раза, от 17656 детей в 2009 году до 37866 детей в 2020 и 29186 детей в 2021 г.

При изучении распространенности феномена детей подверженных трудовой миграции родителей, была выявлена стойкая тенденция к увеличению (23,2%) от 526,81 в 2016 году, до 649,18 детей на 10000 педиатрического населения в 2021 году.

В результате исследования у 97,75% детей были выявлены психологические страдания, развившиеся после выезда родителей на работу. Неодобрение или осуждение окружающих чувствовали 30% детей мигрантов (95% CI 26,0-35,3); в последние 12 месяцев чувствовали грусть, безысходность, депрессию 16% (95% CI 12,4-19,3), страхи и бессонницу 14,25% (95% CI 10,8-17,6) детей; в 0,75% (95% CI 0,1-1,6) случаев дети проявляли

суицидальное поведение. У детей мигрантов, уже в первый месяц после инициации трудовой миграции родителей в 7,3% случаев выявляли наличие привычек, отрицательно влияющих на здоровье: начинали курить – 4,0% (95% CI 2,1-5,9), употреблять алкоголь – 3,0% (95% CI 1,3-4,7); употреблять наркотические вещества – 0,3% (95% CI 0,25-0,7) детей мигрантов.

При изучении влияния трудовой миграции родителей на здоровье их детей было выявлено, что дети пренебрегают и грубо нарушают ежедневную гигиену, что может способствовать развитию инфекционных и паразитарных заболеваний. Сравнивая частоту выполнения гигиенических мероприятий у детей мигрантов и детей из контрольной группы (не подверженных трудовой миграции родителей), были выявлены различия высокой статистической значимости: *чистили зубы* –  $\chi^2=32,65$ ,  $df=4$ ,  $p=0,000$ ; *ежедневно мыли руки с мылом* –  $\chi^2=34,517$ ,  $df=2$ ,  $p=0,000$ ; *купались* –  $\chi^2=23,219$ ,  $df=5$ ,  $p=0,000$ .

Анализируя данные о частоте использования необходимых продуктов питания, было выявлено, что дети мигрантов имеют менее разнообразный и бедный рацион питания; редко употребляют мясные, молочные и кисломолочные продукты, яйца, супы, каши, овощи и фрукты.

Исследования структуры общей заболеваемости детей мигрантов продемонстрировали некоторые особенности: наибольшую долю – 58,5% имели *болезни органов дыхания*; затем следовали *болезни глаза и его придаточного аппарата* и *болезни уха и сосцевидного отростка* с соответствующими долями 5,5% и 4,9%; *болезни нервной системы* и *болезни кожи и подкожной клетчатки* 4,4%; *некоторые инфекционные и паразитарные болезни* и *болезни системы кровообращения* 4,3% и 4,2%; *болезни органов пищеварения* 3,6%, *болезни кожи и подкожной клетчатки* и *болезни кожно-мышечной системы и соединительной ткани*, соответственно, 2,8 %.

Обращаемость детей мигрантов за медицинской помощью обусловлена, в первую очередь, профилактическими мероприятиями в 58,4% (95% CI 57, CI 5-59,3) случаев. На втором месте, находились обращения по поводу интеркуррентных заболеваний – 32,1% (95% CI 31,3-33,1), на третьем месте были обращения, обусловленные осложнениями или обострениями хронических процессов – 9,5%.

В то же время было отмечено, что частота проведения детям профилактических мероприятий, после инициации трудовой миграции родителей упала в 1,7 раз, с 66% (95% CI 65,2-66,9) до 38,6% (95% CI 34,9-38,4) случаев, в то же время, возросли доли обращаемости по поводу интеркуррентных заболеваний в 2 раза, с 25,4% (95% CI 24,4-26,4) до 49,5% (95% CI 49,0-52,8) случаев и из-за обострения хронических заболеваний в 6 раз, с 1,1% (95% CI 0,9-1,1) до 6,56% (95% CI 6,1-7,6) случаев ( $p=0,000$ ).

Дети с обоими родителями, находящимися в трудовой миграции, показали высокую долю обращаемости по поводу заболеваний – 74,1% (95% CI

72,6-75,7), в 4,8 раза более высокую чем дети неподверженные трудовой миграции родителей ( $p=0,000$ ).

При опросе семей мигрантов определили, что доля обращаемости к семейному врачу при заболеваниях составляет 70,4% (95% CI 69,5-71,4), а к профильным специалистам лишь -29,6% случаев.

Обращаемость, обусловленная хирургической и травматологической патологией, была более высокая у детей мигрантов, по сравнению с детьми контрольной группы. Детям мигрантов чаще, чем детям из контрольной группы была оказана неотложная помощь: в 4 раза по поводу *ожоговых состояний*; в 2,3 раза из-за *аспирации инородных тел и укусов животных*; в 2 раза из-за *кровотечений и укусов насекомых*; в 2,7 раза из-за *бытовых отравлений*; в 2,9 раза чаще из-за *судорожного синдрома*.

Была определена иерархия факторов риска для здоровья детей мигрантов. Первое место занимал фактор – *наличие туберкулеза и контакта с больным туберкулезом*. На втором месте – *питание нерегулярное, редкое*; на третьем месте – *недостаточность финансовых средств*; наличие *анемии* – на четвертом месте; на пятом месте – *нерегулярные, редкие гигиенические мероприятия*. Наличие *физического насилия, нарушение календаря вакцинации и несвоевременность оказания медицинской помощи* занимают соответственно 6-7 и 8 места.

В ходе исследования была изучена и аргументирована информативность метода определения качества жизни детей – опросника *Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0)*, который способствовал оценить здоровье детей мигрантов. В ходе исследования *суммарного балла* качества жизни детей мигрантов были выявлены переменные значения от  $56,01 \pm 12,75$  баллов у детей в возрасте 5-7 лет, до  $46,77 \pm 11,09$  баллов у детей 13-18 лет. Полученные результаты были статистически ниже показателей детей непораженных трудовой миграцией родителей ( $p=0,000$ ). Значительно низкие показатели по всем модулям и характеристикам качества жизни позволили определить *уровень качества жизни детей мигрантов как очень низкий*.

Данное научное исследование позволило изучить влияние трудовой миграции родителей на здоровье и качество жизни их детей; позволило оценить реальное состояние оказания медицинской помощи детям мигрантов; выявить медико-социальные факторы, влияющие на заболеваемость детей исследуемой группы, а полученные результаты могут быть использованы в ходе разработки мероприятий по улучшению показателей здоровья детей трудовых мигрантов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ANTIA, K., BOUCSEIN, J., DECKERT, A., DAMBACH, P. Effects of International Labour Migration on the Mental Health and Well-Being of

- Left-Behind Children: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2020, nr.12,p. 4335.<https://doi.org/10.3390/ijerph17124335>.
2. Anuar statistic 2018. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova.2018. [http://statistica.gov.md/public/files/publicatii\\_electronice/AnuarStatistic/2018/8AS.pdf](http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/AnuarStatistic/2018/8AS.pdf).
  3. CHEN, M., SUN, X., CHEN, Q., CHAN, K. Parental Migration, Children's Safety and Psychological Adjustment in Rural China: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*.2020, vol. 21, nr.1,pp.113-122. <https://doi.org/10.1177/1524838017744768>.
  4. Compendiul Statistic al Profilului Migrațional Extins al Republicii Moldova pentru anii 2014-2016 Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova. Chișinău: CEP Biroul Migrației și Azil, 2017. p.134. [http://bma.gov.md/sites/default/files/media/cs\\_pme\\_2017.pdf](http://bma.gov.md/sites/default/files/media/cs_pme_2017.pdf).
  5. COSTANDACHI, G. Republica Moldova la unsfert de secol de independență. Chișinău: IDIS „Viitorul”, 2016, pp. 44-49.
  6. GONZALEZ-RABAGO, Y., LA PARRA, D., PUIGPINOS-RIERA, R., PONS-VIGUES, M. Cómo medir el estatus migratorio de la población infantil y juvenil. Estudios sobre salud y desigualdades en salud en Europa [How to measure the migration status of the child and young population? Studies on health and inequalities in health in Europe]. *Gaceta sanitaria*.2021, vol. 35, nr. 1, pp. 81-90. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.003>.
  7. JUCOV, A., SPINEI, L. Impactul migrației de muncă asupra sănătății imigranților. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*.2013, nr.3(39), pp. 15-18. ISSN 1857-0011.
  8. MATTINGLY, T., KISER, L., HILL, S., BRIGGS, E., TRUNZO, C. et al. Unseen Costs: The Direct and Indirect Impact of U.S. Immigration Policies on Child and Adolescent Health and Well-Being. *Journal of traumatic stress*.2020, vol. 33, nr.6, pp. 873–881. <https://doi.org/10.1002/jts.22576>.
  9. OBERG, C. The Arc of Migration and the Impact on Children's Health and Well-Being Forward to the Special Issue-Children on the Move. *Children*.2019, vol. 6, nr. 9, p. 100. <https://doi.org/10.3390/children6090100>.
  10. SELTEN, J., VAN DER VEN, E., TERMORSHUIZEN, F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological medicine*.2020, vol. 50, nr. 2, pp. 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>.
  11. STUBBE-OSTERGAARD, L., NORREDAM, M., MOCK-MUNOZ DE Luna, C., BLAIR, M. Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia. *Eur J Public Health*.2017, 27(5), pp. 869-873. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx083>.
  12. THI, T., HEIBENHUBER, A., SCHNEIDER, T., SCHULZ, R., HERR, C. et al. Impact of Migration Background on the Health Outcomes of Preschool Children: Linking a Cross-Sectional Survey to the School Entrance Health

Examination Database in Bavaria, Germany. Gesundheitswesen.2019, vol. 81, nr.3, pp. e34-e42. <https://doi.org/10.1055/s-0043-119081>.

13. TREVEAVEN, E. Migration and investments in the health of children left behind: the role of remittances in children's healthcare utilization in Cambodia. Health policy and planning.2019, vol. 34, nr. 9, pp. 684-693. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz076>.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИМИ КАДРАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Денисова С.В., Сачек М.М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
(Минск, Республика Беларусь)*

.....

Здоровье граждан – это важнейшее условие реализации перспективной стратегии социально – экономического развития Республики Беларусь. Снижение уровня заболеваемости населения рассматривается как фактор нашей национальной безопасности.

Современное общество и государство предъявляют высокие требования к качеству оказания медицинской помощи и подготовке медицинских кадров. Обеспечение безопасности при оказании медицинской помощи является основой соблюдения прав граждан на охрану здоровья в Республике Беларусь. Внедрение новых медицинских технологий организации медицинской помощи направлены, в первую очередь, на повышение качества.

Сестринское дело в Республике Беларусь – важная составляющая системы здравоохранения, включающая специалистов со средним медицинским образованием с различным уровнем и направлением подготовки. Учитывая многочисленность и наиболее тесный контакт с пациентами, сестринские кадры играют фундаментальную роль в обеспечении качества и безопасности лечебно – диагностического процесса.

Для современных сестринских кадров владение правовыми знаниями, готовность и умение их применять во благо пациентам наряду с профессиональными навыками является необходимой компетенцией для успешного выполнения главных задач отечественного здравоохранения по оказанию качественной медицинской помощи. Особая роль в реализации данных задач принадлежит руководителю сестринскими кадрами – главной медицинской сестре.

В связи с вступлением в силу новых нормативных правовых документов в Республике Беларусь возникла настоятельная необходимость изменения организационной модели подготовки руководителей сестринскими кадрами.

Необходимость правового образования посредством внедрения в образовательный процесс новых тематических курсов повышения квалификации, обеспечивающих получение знаний в области права, является обязательной и важной составной частью подготовки данных специалистов.

Нормативная правовая база отечественного здравоохранения регулярно обновляется вместе с разработкой и внедрением современных методов лечения заболеваний, появлением инновационных технологических решений и модернизацией системы здравоохранения. Приобретение необходимых медико-правовых знаний должно соответствовать изменениям нормативной правовой базы и постоянно совершенствоваться в системе непрерывного медицинского образования руководителей сестринскими кадрами.

За соблюдение нормативных документов главным образом отвечает руководитель. Главная медицинская сестра должна не только контролировать строгое выполнение законодательства, но постоянно осуществлять деятельность по организационно – правовому обучению своих подчиненных. Умение организовывать тематические семинары, проводить специальные тренинги, решать ситуационные задачи, основываясь на знание нормативных документов – это неполный список необходимых компетенций руководителя сестринскими кадрами. В новой редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» большое количество статей связано с разрешением этического-правовых проблем, возникающих в практическом здравоохранении. В Правилах медицинской этики и деонтологии, которые утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, изложены базовые принципы, нормы и правила медицинской этики, которые повышают ответственность и эффективность выполнения медицинскими работниками своих должностных обязанностей, а также усиливают доверие граждан к системе здравоохранения. Особое внимание при выполнении должностных обязанностей уделяется недопустимости проявления формализма и бюрократизма, а также пренебрежительного отношения к пациентам, коллегам и иным лицам. Для реализации данных нормативных актов необходима постоянная работа главной медицинской сестры с сестринскими кадрами.

Новое законодательство в области *информационно-коммуникационных технологий впервые урегулировало вопросы информационного обеспечения в области здравоохранения. Очевидно, что в стране формируется модель электронного здравоохранения, в которой задействованы как врачи, так и средние медицинские работники.* В настоящее время предусмотрено *правовое регулирование работы медицинских сестер в условиях электронного здравоохранения.* Медицинские сестры привлечены для работы с персональными данными пациента. В настоящее время расширяются возможности привлечения медицинских сестер в продвижении **телемедицинских технологий.** В реализации поставленных задач ведущее место отводится

руководителю сестринскими кадрами, как наставнику и организатору сестринского дела.

В соответствии с Концепцией развития системы образования Республики Беларусь до 2030 года, обществу нужны образованные, нравственные и компетентные специалисты. Подготовка компетентных руководителей сестринского дела – важнейшее требование последиplomного образования главных медицинских сестер, которая находится в центре внимания профессорско-преподавательского состава (далее – ППС) кафедры общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последиplomного образования» (далее – БелМАПО).

Непрерывное профессиональное образование руководителей сестринскими кадрами включает формальное образование на курсах повышения квалификации, неформальное образование в образовательных проектах и самообразование.

С целью определения уровня правовых компетенций нами был проведен анализ образовательных программ повышения квалификации для главных медицинских сестер. Рассмотрение вопросов правового регулирования составляет лишь 8-10 % от общего количества часов, что является крайне недостаточным.

Для определения потребности в правовых знаниях нами было проведено анкетирование 50 руководителей сестринскими кадрами. Были получены следующие результаты:

- 78% респондентам необходимы дополнительные знания в области права;
- 88% респондентов хотят пройти дополнительный тематический курс повышения квалификации по развитию правовой компетенции в здравоохранении.

В настоящее время ППС БелМАПО проводится активная работа по совершенствованию образовательных программ в соответствии с требованиями практического здравоохранения и создание новых тематических курсов повышения квалификации по развитию правовой компетенции руководителя.

Неформальное дополнительное образование руководителей сестринскими кадрами в нашей республике представлено в новом образовательном проекте «Школа главной медицинской сестры» и информационном блоке на Телеграмм-канале «Главная медицинская сестра Республики Беларусь». Данные проекты нашли большой отклик среди главных медицинских сестер. В настоящее время зарегистрировано 372 подписчика.

Таким образом, задача формирования правовой компетенции медицинских работников поставлена на уровне республики и является актуальной профессионально значимой задачей.

Решение современных задач отечественного здравоохранения неразрывно связано с непрерывным профессиональным образованием руководителей сестринскими кадрами и предполагает:

- совершенствование программы профессионального развития главных медицинских сестер в соответствии с требованиями практического здравоохранения;
- создание компетентностно-ориентированных тематических курсов повышения квалификации с учетом требований Национальной системы квалификаций, которая должна стать основой для разработки нового профессионального и образовательного стандарта руководителя сестринскими кадрами.

Выполнение поставленных задач позволит повысить профессиональный уровень подготовки главных медицинских сестер и будет способствовать повышению качества предоставляемых медицинских услуг сестринскими кадрами.

## **ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В ФГБОУ ВО «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Канунникова Л.В.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)*

---

Медицинское право – это востребованная временем, интенсивно развивающаяся отрасль науки. Одной из существенных особенностей профессиональной деятельности врача является то, что, встречаясь с бесконечным разнообразием болезненных проявлений, разобраться в происхождении которых далеко не просто, он должен принимать ответственные решения, подчас не располагая достаточным временем для анализа сложившегося положения. Поэтому его деятельность при самом добросовестном отношении к работе не может быть лишена ошибок и упущений. Как правило, допущенные ошибки объясняются недостаточным уровнем медицинских знаний или несовершенством методов диагностики и лечения. Встречаются, однако, случаи несоблюдения врачами необходимой осторожности в процессе диагностики и лечения пациента, проявления небрежности при выполнении своих профессиональных обязанностей, что может повлечь за собой тяжелые, порой непоправимые последствия.

В последние два десятилетия наряду с возросшими требованиями к качеству оказания медицинской помощи повысилась ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения, стал жестче контроль над соблюдением прав пациентов. В сфере правовой ответственности оказалось и само медицинское ведомство в лице медицинской организации. В условиях внедрения медицинского страхования значительно увеличилось количество случаев обращений в судебные органы с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебной, диагностической помощи, невыполнением прав пациентов, в том числе морального вреда. Резонанс, вызванный нарушением прав потребителей, перекинулся и на медицину.

Медицина оказалась неподготовленной к собственной защите правовыми средствами, однако, будучи доступной для предъявления претензий и исков, она перестала казаться недоступной правовому регламенту. Неумение защитить собственные права и ущемление прав пациентов (причинение вреда некачественным оказанием медицинской помощи) повлекло за собой удовлетворение судебных исков и немалые имущественные потери.

Поэтому знание правовых норм и умение использовать их экономически выгодно, правильное и своевременное их применение позволяет медицинским работникам эффективно пользоваться своими правами при выполнении профессионального долга, не затрагивая и не нарушая при этом прав и свобод других граждан.

Юридическим фактом, порождающим возникновение правоотношений по оказанию медицинской помощи, является волеизъявление больного, т.е. обращение гражданина, нуждающегося в медицинской помощи, в соответствующую медицинскую организацию. Такое волеизъявление – обязательный элемент при оказании квалифицированной медицинской помощи. Необходимые действия (услуги) медицинского характера составляют объект возникших правоотношений. Причем на медицинскую организацию возлагается обязанность, используя данные медицинской науки и практики, соответствующую технику, специальные знания и опыт медицинских работников, произвести необходимые действия по обследованию пациента, установлению правильного диагноза и проведению надлежащего лечения.

В течение десяти лет на ФПК и ППВ ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России открыта кафедра медицинского права, на которой обучаются клинические ординаторы, врачи клинических специальностей по программе НМО, где рассматриваются такие темы, как основы медицинского права, правовая регламентация медицинской деятельности и т.д.

Целью является обучение врачей клинических специальностей, ординаторов здравоохранения, ординаторов основам медицинского права. Задачей является – обучение ординаторов, врачей ориентироваться в действующем законодательстве в сфере здравоохранения, учету и применению

правовых норм в профессиональной работе и в конкретных ситуациях на основе изучения Конституции РФ, федеральных законов в сфере охраны здоровья населения РФ, нормативно – правовых актов, видов юридической ответственности, видов правонарушений в практической деятельности, знание прав пациентов и различных групп населения в области охраны здоровья, а также правовых отношений врача и пациента в процессе профессиональной деятельности, все это составляет основу правовой культуры врача.

Рассматриваются вопросы по юридической ответственности медицинских учреждений и медицинского персонала за ненадлежащее оказание медицинских услуг, профессиональные и должностные правонарушения, правовые основы медицинского страхования в РФ, как надлежащим образом оформлять медицинские документы и пр.

Положительный эффект в закреплении материала у слушателей дают семинары, тестирование, решение ситуационных задач из медицинской и судебной практики, подготовка рефератов и др. В процессе обучения на кафедре нами используются практические консультации для врачей по правовым проблемам в медицинской практике (как индивидуальных, так и групповых), благодаря этому своевременно на досудебном уровне предупреждаются конфликты с пациентами, а также профессиональные правонарушения.

Каждым обучающимся специалистом в целях приобретения навыков правового анализа и развития правового мышления, свободного ориентирования в нормативно – правовых актах выполняются рефераты, а изучение завершается тестовым зачетом.

Знание законодательства об охране здоровья граждан РФ является таким же обязательным квалификационным требованием к врачу, как и вопросы профилактики, диагностики и лечения. Поэтому медицинские работники, прошедшие на кафедре подготовку по правовым вопросам готовы к правоприменительной деятельности при выполнении профессиональных обязанностей.

Разработанные нами программы учебного курса «Правовая регламентация медицинской деятельности» состоят из:

- 44 учебных часа для ординаторов всех клинических специальностей, в среднем на кафедре за год проходят обучение 621 ординатор;
- 36 учебных часов для врачей всех клинических специальностей, в среднем на кафедре за год проходят повышение квалификации более 200 человек.

Нами так же разработаны тестовые зачетные занятия для ординаторов, врачей по вопросам охраны здоровья граждан РФ (правовые основы), которые необходимо знать, согласно требованиям федерального законодательства в сфере охраны здоровья граждан в РФ.

Одним из важных аспектов учебно-методической деятельности кафедры является оценка уровня правовой грамотности медицинских работников. Результаты анкетирования показали, что наши наработки по увеличению количества обучающихся специалистов по юридическим основам деятельности врача оправдались за счет новых методик. В частности, за счет проведения выездных семинаров преподавателями кафедр на итоговых областных врачебных конференциях, а так же увеличения охвата правовыми знаниями врачей. Обеспечение медицинских учреждений юридически грамотными квалифицированными кадрами, является важным фактором предоставления населению квалифицированной медицинской помощи, гарантирует снижение уровня правонарушений в медицинской практике.

## **ПРАВОВЫЕ И НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Матвейчик Т.В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
(Минск, Республика Беларусь)*

---

**Резюме.** В современном обществе особое значение приобретает правовые и нравственные аспекты оказания медицинской помощи детям. Белорусское государство осуществляет политику по активной поддержке семьи, поддержанную новой редакцией Кодекса Республики Беларусь об образовании [1]. Непреходящая ценность нравственности в системе здравоохранения и педагогики, базирующейся на лучших качествах врачующих и обучающихся, сохраняется, о чем писал Н.И. Бердяев: «Когда я голоден – это явление физическое, а когда голоден мой сосед – это явление нравственное». Совершенствование нормативных требований по защите детей, внимание к семье является необходимым компонентом деятельности парламентариев.

**Ключевые слова:** взаимодействие, дети, медицинские работники, нравственность, право, предупреждение, этика.

**Цель исследования:** анализ пробелов законодательства в существующих нормативных актах по активной поддержке семьи в Республике Беларусь.

**Методы исследования:** аналитический, статистический, библиографический.

**Результаты и обсуждение.** Для предупреждения социального сиротства важно взаимодействие педагогов и педиатров в области семейной политики. Наряду с систематическими примерами проявления гуманности к

слабым (детям), в специальной литературе встречается понятие о «синдроме жестокого обращения» (СЖО) [2].

Отношение государства и общества к детям и семье сохраняет свое значение, а медицинские и педагогические работники неукоснительно следуют правилам нравственности (уважению, такту, деликатности, заботе, контролю собственных негативных эмоций) и великодушию человека, который не ищет выгоды для себя, но с готовностью делает добро другим. Умению взаимодействия с детьми и подростками отводится значительное место в получении педагогического и медицинского образования [4,5], однако недостаточно внимания уделено медицинскому праву по проблеме социального сиротства [6].

Признаки семейного неблагополучия, которые могут влиять на качество жизни и судьбу детей:

- социально-экономические (малообеспеченные семьи с безработными);
- медико-санитарные (антисанитария в содержании человека, отказ от его лечения, признаки жестокого обращения);
- социально-демографические (лица без определенного места жительства или ранее отказывавшиеся от детей);
- психолого-педагогические (равнодушие, отказ от контактов с социальной службой, медицинскими работниками, педагогами);
- криминально-аморальные (дети престарелых родителей, бродяги, состоящие в деструктивных религиозных сектах или на учете в органах МВД, наркоманы, лица с иными зависимостями).

Наличие этих признаков – SOS для ребенка, нередко становится причиной травм и даже смерти младенцев и детей [7,8]. Как известно, «В серьезных делах следует заботиться не столько о том, чтобы создавать благоприятные возможности, сколько о том, чтобы их не упускать» (Франсуа де Ларошфуко), что является ответственностью общества.

Констатируемый в 2019 г. уровень смертности от естественных причин – 62,6% смертей от так называемых «внешних причин» в целом 55,8%: следствия случайных отравлений (20,5%), несчастных случаев и самоубийств (по 14,8%), случайных утоплений (5,7%) обрисовывает проблему [9].

Домашнее насилие, как признак семейного неблагополучия, существует в мире вне социального статуса, может происходить в богатых и бедных, в городских и в деревенских семьях, у людей с высшим образованием и без оно. На лидирующие позиции в ряде государств выходит психологическое и экономическое насилие в обеспеченных семьях [6]. Психологи утверждают, что насилие в семьях больше зависит от характера и привычек членов семьи, а не от алкоголя. Известно, что органами правопорядка Республики Беларусь в 2019 г. было выписано более 5 000 защитных предпи-

саний, после нарушения которых, наступает юридическая ответственность агрессоров в семье. Ежегодно органами МВД фиксируется около 2 000 семейно-бытовых конфликтов [9].

К группе риска по СЖО относятся младенцы, дети и подростки:

- инвалиды или взрослые дети с наследственными заболеваниями;
- из асоциальных семей, где внутрисемейное насилие является стилем жизни, родители употребляют алкоголь, наркотики, страдают депрессией;
- из семей с престарелыми и тяжелыми хроническими заболеваниями родственников, нуждающихся в уходе;
- из семей безработных при наличии материальных проблем, лица, перенесшие жестокое обращение в детстве ранее [2,8].

Причины СЖО: жестокость как элемент непреднамеренного поступка и как проявление психического недуга взрослого; социальная запущенность (лишение пищи, одежды, безнадзорность, препятствие к получению медицинской помощи и образования); сексуальное преследование; наркомания; пренебрежение к слабости ребенка и неоказание своевременной медицинской помощи при болезни, искусственные препятствия для посещения педиатра [10].

### **Тактика поведения педиатра и педагога при выявлении СЖО**

Педиатры играют главную роль в выявлении СЖО и его разрешении в пользу пострадавшего, обеспечивая амбулаторную медицинскую помощь, при необходимости – госпитализацию, подробно описывая телесные повреждения и объективную клиническую картину для решения социально-правовых вопросов с юристом. Не разработаны этапы преемственности медико-социальной и психологической реабилитации после стационарного лечения, отсутствуют в свободном доступе адреса домов для временного содержания жертв, благотворительных фондов, телефонов горячей линии, адреса других социальных институтов. Информации о каждом выявленном случае СЖО передается руководителю организации здравоохранения (учреждения образования) и в органы МВД, при возможности – консультация психолога, все это лежит в области не только функциональных обязанностей, но и совести, о которой почивший Владыка Филарет, Патриарший Экзарх Беларуси писал: «Совесь нельзя разделить на ту ее часть, которая связана с профессией, и на ту, что связана с личной жизнью. Медицинский и педагогический работник, как любой другой человек, призван поступать нравственно во всех ситуациях и при всех искушениях, чтобы достойно выдерживать испытания совести».

Заключение. Требования в области юридической защиты прав ребенка являются основой к совершенствованию нравственного прогресса общества. Защищенность детей от социального сиротства является важным аспектом национальной безопасности Республики Беларусь, в основе кото-

рой находится совершенствование правовых норм по взаимодействию для предупреждения и ответственности родителей за детей. Борьба с социальным сиротством – это задача всего человеческого сообщества. «Без мужества наша любовь тускнеет и превращается в обыкновенную зависимость. Без мужества наша верность перерождается в конформизм» (Ролло Мэй).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Кодекс Республики Беларусь об образовании [Электронный ресурс]: 13 янв. 2011 г., № 243-З ; принят Палатой представителей 2 дек. 2010 г. : одобр. Советом Респ. 22 дек. 2010 г. : в ред. Закона Респ. Беларусь от 23 июля 2019 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
2. Григорьев К.И. Педиатрия. Справочник практического врача /К.И. Григорьев. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 816 с.
3. Матвейчик, Т. В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Г. В. Гатальская. – Минск: БелМАПО, 2022. – 153 с. Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/621372.pdf>. – Дата доступа: 27.05.2022.
4. Современные проблемы педагогики и психологии: теоретико-методологические подходы и практические результаты исследований: моногр. / под ред. Сайтбаевой Э.Р., Подкопаева О.А.. – Самара: ООО НИЦ «ПНК», 2021. – 185 с.
5. Современные вызовы образования и психологии формирования личности: моногр. / Чуваш. респ. ин-т образования М-ва образования и молодеж. политики Чуваш. Респ.; редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары: Среда, 2020. – 232 с.
6. Кралько А.А. Медицинское право: учеб. – метод. пособие /А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2014. – 277с.
7. О гарантиях по социальной защите детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 21 дек. 2005 г., № 73-З : в ред. Закона Респ. Беларусь от 17.07.2018, № 135-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
8. Матвейчик, Т. В., Шишко, Г. А. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста / Т. В. Матвейчик, Г. А. Шишко. – Минск: Ковчег, 2019. – 290 с.
9. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс]: офиц. стат. сб. за 2019 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск: РНПЦ МТ, 2019. – 257 с. – Режим доступа:

[https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare\\_in\\_RB\\_2019.pdf](https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf). – Дата доступа: 20.01.2022.

10. О правах ребенка [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 19 нояб. 1993 г., № 2570-ХП : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.05.2016, № 362-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ (НСО)**

Чебыкин Д.В.<sup>1</sup>, Фунтиков А.С.<sup>1,2</sup>, Стрыбак Д.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (Новосибирск)

<sup>2</sup>ГБУЗ НСО «Центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювентус»

---

Актуальность: Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) за последние 30 лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в 30 раз. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов отмечается увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков.

Цель исследования: Анализ динамики суицидальной аддикции у детей и подростков по НСО за период 2021-22 гг.

Материалы и методы исследования: Анализ отчетов о суицидальной аддикции у детей и подростков по НСО за 2021 и 2022 год, предоставленных ГБУЗ НСО «Центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювентус».

Результаты и их обсуждение: В 2022 году по НСО зарегистрировано 571 случай суицидальной аддикции (2021 год – 475) из них: 15 совершенных суицидов (2021 год – 20), 167 попыток суицидов (2021 год – 144), 216 попыток самоповреждающего поведения (2021 год – 215) и 188 случаев суицидальных намерений (2021 год – 116). Таким образом, отмечается неуклонный рост показателей суицидальной активности у детей подростков, темпы роста составили: случаи суицидальной аддикции – 120,2%, совершенных суицидов – 133,3%, попыток суицидов – 115,9%, случаев суицидальных намерений – 162,1%.

Наибольшее число случаев аддикционного поведения фиксируется в городе Новосибирске – 65% от всех по области. Наибольшее количество фиксируется в Ленинском районе и Центральном округе города. Среди районов области лидирует Куйбышевский и Новосибирский районы, г. Бердск.

Анализ статистических данных летальных случаев позволяет констатировать, что в 2022 году в большинстве случаев суициды совершали подростки в возрасте от 14 до 17 лет -17 случаев (2021 год -14), 3 несовершеннолетних совершили суицид в возрасте до 13 лет.

В течение 2021года количество суицидов между мужским и женским полом практически равна 46% и 54% соответственно, однако в 2022 преобладали мужские суициды -70%. Оценивая соотношение полов, касающееся попыток совершения суицида, то здесь присутствует значительный перевес в пользу женского пола -76% (2021 год -90%).

Наиболее частый способ свершения суицида: повешание – 60%, падение с высоты – 20%. Также регистрируются случаи утопления, травмы на ж/д транспорте и медикаментозное отравление. Процентные показатели 2022 года практически не отличаются от 2021.

Все несовершеннолетние, совершившие суицид в 2022 году, ранее проживали во внешне благополучных и полных семьях. В большинстве случаев мотивы подростков не установлены. Из всех 20 несовершеннолетних, совершивших суицид, на учете у психоневролога состояли лишь 3 подростка (20%). В большинстве случаев мотивы подростков не установлены (50%), но среди мотивов отмечается наличие ссоры с родителями (10%), неразделенной любви (40%). Треть несовершеннолетних состоит на учетах у психоневролога, внутришкольном, МВД (75% / 12,5% / 12,5%). Количество детей и подростков, находящихся под наблюдением психиатра также увеличилось со 156 в 2021 году до 219 в 2022 году.

Чаще всего подростки проживали во внешне благополучной семье (72%), доля полных и неполных семей равна. Способ самоповреждающего поведения чаще всего – самопорезы (92,5%). В 2022 году выбором самоповреждающего поведения были только суицидальные высказывания (85,3%). Основной причиной являются обстоятельства о которых умалчивают дети/подростки (75,8%) и ссоры с родителями (16,2%).

Деятельность по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних, а также оказанию помощи детям с суицидальным поведением в Новосибирской области осуществляется в рамках межведомственной программы по профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних в Новосибирской области, утвержденной постановлением Правительства Новосибирской области от 30.11.2021 № 499-п (далее – Программа).

Программа рассчитана на период 2021 – 2024 годов. Мероприятия Программы осуществляются исполнителями в пределах компетенции и в

рамках финансирования государственных программ. Координатором программы является министерство образования Новосибирской области.

Выводы: Отмечается неуклонный рост попыток суицида, как среди детей младших возрастных групп, так и подросткового возраста. Основные причины мотивов подростков не определены, так как есть факторы, которые препятствуют их выяснению. Если в 2020 году основным предметом выбора аддикции были высказывания о суицидальных намерениях, то в 2022 году настало «время действий» и видна прямая от суицидальных высказываний до самоповреждающих действий.

## СОДЕРЖАНИЕ

---

### ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Барбашина Э.В.</i> ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ.....	3
<i>Васильев И.В.</i> РОЛЬ ПРАВОВОГО ОБЫЧАЯ В РЕГУЛИРОВАНИИ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	7
<i>Медведев С.В.</i> О ЧАСТНОМ И ПУБЛИЧНОМ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	10
<i>Чернышев В.М<sup>1</sup>, Стрельченко О.В., Мингазов И.Ф.</i> О ФАКТОРАХ, ЗАТРУДНЯЮЩИХ РЕАЛИЗАЦИЮ КОНСТИТУЦИОННЫХ ПРАВ ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ИХ ЗДОРОВЬЯ.....	13

### ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

<i>Гаганов Д.Б.</i> ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ (СППВР) И ЮРИДИЧЕСКИЕ РИСКИ ТАКОГО ПРИМЕНЕНИЯ.....	20
<i>Горелкин А.Г.</i> КВАЛИФИКАЦИЯ ВРАЧА, ПРИВЛЕКАЕМОГО К ПРОИЗВОДСТВУ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ВОПРОСАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ВРАЧЕВАНИИ .....	25
<i>Казанцева Ю.И., Татаринцева И.А.</i> ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ДЕЛУ В СУДЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ЮРИСТА .....	28
<i>Клопова И.А.</i> СУДЕБНЫЕ ТРЕНДЫ ПО МЕДИЦИНСКИМ ДЕЛАМ 2023 .....	32
<i>Конотопцева Ю.В., Новоселов В.П.</i> ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ» ЗА 2018-2022 гг.....	35
<i>Кошляк Д.А.</i> ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ.....	39
<i>Лебедев Н.Ю.</i>	

ЦЕНА ОШИБОЧНОСТИ ВЫВОДА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ИЛИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ .....	43
--	----

*Морозов С.М.*

ПРОБЛЕМЫ НАЗНАЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ .....	46
---	----

## **ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Аксенова Е.А., Фомичева М.Л., Борцов В.А., Коломейцева В.Н.*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ .....	50
---	----

*Бравве Ю.И., Латуха О.А., Кирякова И.Д., Щерба М.М.*

АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ И ПУТИ ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ .....	54
---	----

*Бравве Ю.И., Латуха О.А., Толстова К.С., Ермилова А.М.*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....	58
---	----

*Дрижанова О.Н., Гуринович Е.Г., Баннова Е.С.*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК .....	62
--	----

*Калиниченко А.В., Романенко М.Ю., Борцов В.А.*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .....	64
--	----

*Лукашева О.В., Борцов В.А., Фомичева М.Л.*

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....	67
---	----

*Носов Д.С., Калиниченко А.В., Хмельницкая Я.В.*

ОБЗОР ПРАВОВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ РЕГУЛИРУЮЩИХ ЛЬГОТНОЕ ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1917 – 2014 ГОДЫ .....	71
---	----

*Фунтиков А.С.*

ЮРИДИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БОРТУ ВОЗДУШНОГО СУДНА .....	76
--	----

*Хмельницкая Я.В., Бычек А.В.*

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ .....	80
---	----

## **СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Горбунова Г.Д.*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ .....	83
---	----

*Денисова С.В., Сачек М.М.*

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИМИ КАДРАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	87
<i>Канунникова Л.В.</i>	
ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В ФГБОУ ВО «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	90
<i>Матвейчик Т.В.</i>	
ПРАВОВЫЕ И НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	93
<i>Чебыкин Д.В., Фунтиков А.С., Стрыбак Д.Г.</i>	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ (НСО) .....	97

*Научное издание*

**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,  
ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ  
ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ**

**Сборник материалов  
III Всероссийских медико-правовых чтений  
(21 апреля 2023 года, Новосибирск)**

*В авторской редакции*

Компьютерная верстка *Т. В. Соболева*

Подписано в печать ??.05.2023. Формат 60×84/16.  
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Ризография.  
Усл.-печ. л. 6,18. Тираж ?? экз. Изд. № ??с.

Оригинал-макет изготовлен Издательско-полиграфическим центром НГМУ  
Новосибирск, ул. Залесского, 4  
E-mail: sibmedizdat@mail.ru  
Тел.: (383) 225-24-29

Отпечатано в Издательско-полиграфическом центре НГМУ  
Новосибирск, ул. Залесского, 4  
Тел.: (383) 225-24-29