

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»



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
АССОЦИАЦИЯ
ЮРИСТОВ РОССИИ

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ВРАЧЕВАНИЕ

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

(19 апреля 2024 года, Новосибирск)

Новосибирск
2024

УДК 614.251(063)

ББК 51.1(2)

П68

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, профессор *А.В. Калиниченко*

д-р мед. наук, профессор *Ю.И. Бравве*

канд. мед. наук *И.В. Васильев*

канд. мед. наук *А.Г. Горелкин*

Правовое регулирование медицинской деятельности,
П68 юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание:
сб. материалов IV Всероссийских медико-правовых чтений
(Новосибирск, 19 апреля 2024 г.). – Новосибирск: ИПЦ НГМУ,
2024. – 106 с.

В сборник материалов включены статьи, посвященные актуальным теоретико-правовым аспектам коммуникации субъектов в сфере медицины, терминологическим проблемам медицинского права, вопросам оценки качества медицинской помощи, проведения судебно-медицинских экспертиз, юридической ответственности в медицине, практическим социально-правовым вопросам здравоохранения.

Материалы издаются в авторской редакции.

УДК 614.251(063)

ББК 51.1(2)

© НГМУ, 2024

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОЛЬ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Барбашина Э.В.

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

Вопросы, связанные с коммуникацией «врач (медицинский работник) – пациент, традиционно изучались и продолжают активно обсуждаться в области права, в рамках философии (этики), психологии, антропологии, социологии, лингвистики. Решение этих вопросов входит в сферу биоэтики, биомедицинской этики, деонтологии.

Представления о том, какими должны быть взаимоотношения между врачом и пациентом обусловлены более общим контекстом представлений о том, что такое человек, его здоровье и болезнь. Вопросы об этом были актуальны на протяжении всей истории человечества, но ответы отличались в зависимости от особенностей миропонимания Древней Греции, Средних веков, Возрождения, Нового времени, в зависимости от тех философских идей, которые определяли общий интеллектуальный климат той или иной эпохи.

К основным идеям (понятиям) философии Древней Греции относятся идея космоса, понимаемого как идеальный мировой порядок; идея гармонии как оптимального сочетания всех составляющих, устремленных к Благу; идея начала «вещного» и духовного», истока всего существующего и возможного. В соответствии с этими идеями представления об идеальном человеке включали не только его интеллектуальные способности, нравственность (добродетели) но физически совершенное тело. Представления о здоровье и способах его сохранения определялись во многом посредством принципа «золотой середины» (Аристотель) и конкретизировались в требованиях умеренности и ведения «здорового образа жизни». Обязательным условием успешного лечения было «правильное» общение с пациен-

тами, которое включало уважением, учет индивидуальных особенностей, дозированное информирование и др.

Повышенное внимание к сфере коммуникации «врач – пациент» в начале XXI века обусловлено теми изменениями, которые произошли в последней трети предыдущего, XX века.

Теоретической основой является трансформация философских оснований понимания человека. В современной континентальной философии произошел отказ от основных идей предшествующей философской традиции, которая определяла понимание человека, а также таких понятий, как «здоровье» и «болезнь».

Актуальность решения вопросов, связанных с коммуникацией «врач – пациент», обусловлена взаимосвязью между качеством лечения, степенью удовлетворенности пациента и соблюдением этических норм. Следует отметить, что такие понятия, как «качество медицинской помощи» с позиции медицинского сообщества, специалистов в области здравоохранения и «удовлетворенность медицинской помощью» со стороны пациентов» отличаются по содержанию. В первом случае речь идет о соответствии стандартам, клиническим рекомендациям, во втором – о субъективном, личностно-значимом восприятии и оценке.

Оценка степени удовлетворенности качеством медицинской помощи определяется в соответствии с приказом № 495 Министерства здравоохранения от 19 июля 2022 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент», реализуемого в рамках федерального проекта «Модернизация первичного звена, здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение» [1].

Одна из важнейших целей государственной программы «Развитие здравоохранение» заключается в повышении удовлетворенности населения качеством медицинской помощи до 54% к 2025 г. [2]. Обязательным (но недостаточным условием) достижение этой цели является внедрение пациентоориентированного подхода. В более общем варианте речь идет о персонализированной медицине, которая определена в приказе Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предикативной, превентивной и персонализированной медицины». Персонализированная медицина – медицина, «в основе которой лежит анализ характе-

ристик, которые можно объективно измерить и которые могут служить в качестве индикатора физиологических и патологических биологических процессов или фармакологических ответов на проводимое лечение, называемых биомаркерами, а также применение персонализированных методов и способов лечения заболеваний и коррекции состояний» [3].

Следует отметить, что в исследовательской литературе наряду с понятием «персонализированная медицина» употребляются синонимичные варианты: «индивидуализированная медицина», «точная медицина», «стратифицированная медицина», «Р4-медицина», «человеко-ориентированная медицина», «персонализированное здравоохранение». Общим является признание необходимости учета субъективного восприятия качества оказываемой медицинской помощи со стороны пациента и соответствие оказываемой медицинской помощи его ожиданиям. О необходимости повышения степени удовлетворенности качеством медицинской помощи свидетельствуют данные опросов пациентов о непонимании со стороны врачей (41%), плохое отношение со стороны медицинского персонала [4]. Среди недостатков процесса оказания медицинской помощи пациенты выделяют также «плохую организацию работы медицинских учреждений» (16%) [4].

О достаточно высокой степени неудовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи свидетельствуют результаты опроса Центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика» при поддержке Всероссийского союза пациентов. В 2023 г. в той или иной степени были удовлетворены 39,7% граждан, обратившихся за медицинской помощью в системе ОМС. Не удовлетворены – 21,9% [5]. Среди опрошенных каждый пятый (18,4%) не удовлетворен отношением со стороны медицинских работников, то есть в процессе коммуникации с врачами, медицинскими сестрами, работниками регистратуры и др. [6].

Одним из практических шагов, предпринятых для повышения удовлетворенности качества оказания медицинской помощи является реализация приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 23 октября 2023 г. N 1035 «О проведении пилотного проекта по внедрению инструмента «аудиоконтроля амбулаторного приема врача» в ГБУЗ «ГП N 2 ДЗМ» и ГБУЗ «ГП N 109 ДЗМ». А также его новая редакция с изменениями и дополнениями от 20 декабря 2023 г.:

приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 1241 «О тиражировании проекта по проведению аудиоконтроля амбулаторного приема врача в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению» (с изменениями и дополнениями)».

Стратегические цели реализации данного приказа заключаются в повышении степени удовлетворенности пациента, повышении результативности медицинской помощи, комплаенса. Реализация приказа направлена на уменьшение коммуникативных барьеров в процессе общения «врач – пациент»: эмоционального, семантического, социо-культурного, информационного. Наряду с этим в контексте реализации данного проекта появляется возможность «защиты» и врача, и «пациента» от необоснованных претензий.

Данный приказ ориентирован на те цели, которые не вызывают сомнения, как со стороны сообщества врачей и сообщества пациентов. Однако его содержание, как и процесс реализации, вызывает ряд вопросов.

Как соотносится «прослушивание» записей амбулаторного приема и право на личную и медицинскую тайну, «право каждого гражданина на неприкосновенность частной жизни, личной, семейной тайны (часть 1 статьи 23 Конституции РФ). Еще более остро этот вопрос встает с учетом того, что к пациенту следует обращаться по имени и отчеству.

Как решается вопрос о сохранении персональных данных с технической точки зрения и в чем именно заключаются гарантии сохранности персональных данных. Еще большую остроту этот вопрос приобретает в связи с учетом отсутствия специализированных серверов хранения информации, защищенных каналов передачи.

Как решается вопрос о подготовке, реализации трудовых функций специалистов, осуществляющих запись, прослушивание, оценивание, и, самое главное, «делающих выводы» на основании «чек-листа». Еще более актуальным становится последний подвопрос с учетом формулировок «Параметров и критериев оценки качества ведения амбулаторного приема», а точнее с аргументационной, логической некорректностью формулировок.

Наряду с «конкретными вопросами» представленными выше, нерешенным остается теоретико-методологическое несоответствие

между формализацией процесса общения «врач – пациент» и принципиальной невозможностью этого. А также вопрос о профессиональном достоинстве врачей, а точнее о том, как соотносится введение аудиоконтроля амбулаторного приема с такими понятиями, как личная ответственность, долг, то есть с теми понятиями, с которыми всегда соотносилась деятельность врачей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ Минздрава России от 19.07.2022 N 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405254997/> Ссылка активна на 30.03.2024.
2. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изменениями и дополнениями). Доступно по: base.garant.ru/71848440/ Ссылка активна на 26.06.2022.
3. Приказ Минздрава России от 24.04.2018 N 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/>.
4. Михальченко Д. В., Фирсова И. В., Седова Н. Н. Социологический портрет медицинской услуги. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2011. – С. 5.
5. Исследование проводилось методом анкетирования, среди обратившихся за медицинской помощью по полису за последние три года, N – 1718.
6. <https://medvestnik.ru/content/news/Ob-udovletvorennosti-medicinskoj-pomoshu-v-sisteme-OMS-soobshili-pochti-40-rossiyan.html>

ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

Васильев И.В.

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

2024 год ознаменовался существенным событием в области правового регулирования медицинской деятельности. 11 января в поста-

новлении № 1 Конституционный суд Российской Федерации прямо указал на существование медицинского права, более того в Постановлении прямо указывается на предметную область медицинского права: «При этом уголовный закон лишь в общей форме определяет признаки вреда здоровью, что связано с отнесением вопросов охраны здоровья главным образом к сфере медицинского права, в котором могут быть учтены современные знания об организме человека, в том числе о его анатомии, психике и физиологии, и которое регулирует медицинскую, включая экспертно-медицинскую, деятельность» [1]. Тем самым, учитывая юридическую силу правовой позиции Конституционного суда РФ, можно с определенностью говорить о существовании медицинского права как самостоятельной правовой отрасли. Вместе с тем, возникновение новой отрасли права должно сопровождаться выделением её предмета, метода, взаимосвязей с другими отраслями права и наличием понятийного аппарата. Именно о проблемах понятийного аппарата медицинского права мы и остановимся в данном исследовании. Основным законом, регулирующим правоотношения в области охраны здоровья является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ (далее – Закон 323-ФЗ) [2]. Позитивно-правовое отраслеобразующее основание заложено в статье 3 закона: «Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона» (ч. 2 ст. 3 Закона № 323-ФЗ).

В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона» (ч. 3 ст. 3 Закона № 323-ФЗ).

Вместе с тем, основное существо права его системность, которая подразумевает непротиворечивость норм либо механизм разрешения коллизий через юридическую силу и их отраслевую принадлежность. Однако данная юридическая возможность должна подтверждаться вполне определенным языком закона. Эта функция языка закона связана с ежедневной проверяемостью нормы в состава-

тельном судебном процессе. В существующем Законе №323-ФЗ заложены противоречия, которые неразрешимы присущими праву способами и решаются на практике путем их простого игнорирования.

К наиболее значимым можно отнести противоречия в категориях медицинская деятельность и медицинская помощь. Так ст. 2 Закона 323-ФЗ в ч. 10 определяет медицинскую деятельность как профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи. В ч. 11 той же статьи определяется, что осуществляют медицинскую деятельность медицинские и иные организации, а так же индивидуальные предприниматели на основании лицензии. Вместе с тем, ст. 69 устанавливает, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, и прошедшие аккредитацию специалиста, а также научные и педагогические работники, имеющие сертификат или прошедшие аккредитацию специалиста.

Таким образом, в действующем законе установлено право осуществлять медицинскую деятельность как юридическим лицам, так и прошедшим аккредитацию физическим лицам. Данное правовое регулирование полностью противоречит иному действующему законодательству. Так медицинская деятельность отнесена законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 04.05.2011 №99-ФЗ [3] к лицензируемым видам деятельности, которая предполагает помимо наличия образования у специалиста целый набор требований к лицензиату. Более того, данный закон регулирует отношения, возникающие между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями в связи с осуществлением лицензирования отдельных видов деятельности. То есть самой возможности получения медицинской лицензии физическим лицом не предполагается. Кроме того, действующая редакция Уголовного кодекса РФ в ст. 235 устанавливает преступность осуществления медицинской деятельности или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло вред здоровью [4]. В контексте постановления Конституционного суда и ч.2, 3 ст.3 Закона 323-ФЗ, нормы закона «О лицензировании отдельных видов дея-

тельности» и «Уголовного кодекса РФ» не могут противоречить Закону № 323-ФЗ. Следовательно, для занятия медицинской деятельностью лицензия не обязательна и лица прошедшие аккредитацию не могут быть в принципе привлечены к ответственности за незаконное осуществление медицинской деятельности. В то же время ч. 7 ст. 69 Закона № 323-ФЗ устанавливает: «Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Аналогичная субъектная неопределенность выявляется и при анализе понятия медицинская помощь. Так ч. 3 ст. 2 Закона № 323-ФЗ определяет медицинскую помощь как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. В ч. 1 ст. 32 Закона № 323-ФЗ оказание медицинской помощи относят к компетенции медицинских учреждений. В то же самое время ст.ст. 33, 34 предполагают, что в зависимости от вида медицинской помощи, она соответственно оказывается медицинскими работниками со средним образованием либо врачами-специалистами. Данная неопределенность имеет серьезное значение при расследовании преступлений по составу ст. 124 УК РФ, поскольку субъектом преступления является лицо, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с законом или со специальным правилом, становится неочевидным, есть ли у врача или иного медицинского работника право и обязанность оказать медицинскую помощь вне медицинской организации. По нашему мнению необходимо устранить существующие в Законе № 323-ФЗ противоречия исходя из того, что медицинская деятельность, являясь деятельностью сложной, может осуществляться только лицензированными медицинскими организациями, так же как и медицинская помощь, которая является сущностью медицинской деятельности. Медицинское образование, как и аккредитация, только лишь позволяет субъекту выполнять соответствующую трудовую функцию в медицинской организации. Наделение врача правом осуществления медицинской деятельности возможно, но повлечет за собой существенной перестройки всего действующего законодательства.

Еще одна проблема имеет скорее лингвистический характер. Статья 20 Закона № 323-ФЗ называется «Информированное добро-

вольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства». Данная фраза бессмысленна, поскольку подразумевает согласие на отказ от медицинского вмешательства. Из текста статьи очевидно, что речь идет о праве на отказ пациента от вмешательства. Следовательно, статья должна называться «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства». Часть 1 статьи 20 Закона №323-ФЗ гласит: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство...». При этом используются прилагательные в притяжательном склонении гражданина, законного представителя. Данная конструкция допустима лишь со значением дача как загородный дом, участок земли. В контексте закона дача согласия представляет собой действие от глагола дать, и в данном случае следует использовать существительное в творительном падеже: дача согласия гражданином, законным представителем. Грамматические ошибки в законах недопустимы, поскольку при кажущейся несущественности способствуют формированию правового нигилизма. Показательно в этом смысле высказывание В.В. Путина: «... необходимо улучшение языка право творчества. Его надо сделать если не благозвучным (в древнем мире законы часто писали стихами для лучшего запоминания), то хотя бы понятным для адресатов норм» [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. По делу о проверке конституционности части первой статьи 111 и части первой статьи 112 Уголовного кодекса Российской Федерации, а также пункта 3 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в связи с жалобой гражданина Б.: постановление Конституционного Суда РФ от 11.01.2024 N 1-П // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 12.01.2024.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изм. и доп.) // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г).
3. О лицензировании отдельных видов деятельности: федер. закон Рос. Федерации от 04.05.2011 N 99-ФЗ // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г).

4. Уголовный кодекс Российской Федерации: федер. закон от 13.06.1996 N 63-ФЗ (с изм. и доп.) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru> – 06.04.2024.
5. Путин В.В. Демократия и качество государства // Коммерсантъ. 06.02.2012.

НЕДОСТАТОК МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ В КОНТЕКСТЕ КОЛЛИЗИИ ЧАСТНОПРАВОВОГО И ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОГО ТОЛКОВАНИЯ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Горелкин А.Г., Васильев И.В.

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

Сфера охраны здоровья охватывает широкий круг достаточно разнородных отношений, требующих разных подходов к их регулированию. Для эффективного правового воздействия, устанавливаемые нормы позитивного права должны исходить из природы общественных отношений, их фактического содержания и специфики. Медицинская помощь – понятие, охватывающее как непосредственное содействие конкретному нуждающемуся в поддержании здоровья, так и систему организации содействия неопределенному кругу лиц. Если в первом случае медицинская помощь соотносится с частноправовой природой отношений между пациентом и медицинской организацией (договор услуги), то во втором случае – с публично-правовыми отношениями между государством и юридическим лицом, осуществляющим лицензируемую медицинскую деятельность.

В практике разрешения гражданских исков, в которых истцами усматриваются признаки ненадлежащего оказания возмездных (платных) медицинских услуг, в ряде случаев гражданско-правовое понятие «недостаток услуги» отождествляется с нарушением административно-правовых требований к «качеству и безопасности медицинской помощи». Основной целью проведенного анализа была оценка правомерности подобной подмены понятий.

Одним из условий препятствующих подмене разнородных понятий, является четкое и недвусмысленное их определение, позволяющее исключить неоднозначное толкование. В то же время в специ-

альном медицинском законодательстве уже в самом официальном определении «медицинская помощь» заложена правовая неоднозначность. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг [1, п. 3 ч. 1 ст. 2]. В таком определении фактическое действие или деятельность («комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья») смешивается и ставится в один смысловой ряд с правовым основанием для осуществления этого действия или деятельности («включающих в себя предоставление медицинских услуг»), а именно, с видом гражданско-правового обязательства – договором услуги.

Помощь – это содействие кому-нибудь в чём-нибудь, участие в чём-нибудь, приносящее облегчение [2]. В этом контексте медицинская помощь – это помощь, направленная на облегчение проявлений заболевания и улучшение здоровья, оказываемая по правилам медицины – специальной области знаний и практики (обычаев делового оборота), лицом, являющимся носителем этих специальных знаний и опыта. Медицинская помощь – суть вмешательство в высшее нематериальное благо человека – жизнь и здоровье. Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма [1, п. 1 ч.1 ст. 2].

Медицинская помощь в контексте содействия конкретному лицу в поддержании его здоровья может выражаться в виде:

- медицинского вмешательства или их комплекса (помощь действием);
- обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями (помощь материальными вещами);
- консультирования по медицинским вопросам и обучения (помощь информацией);
- психологической поддержки (помощь словом);
- установления основания для применения мер социальной защиты (экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза).

Понятие медицинская услуга в гражданско-правовом контексте отсылает к одному из возможных правовых оснований вмешательства в нематериальное благо субъекта (пациента), которое осуществ-

вляется в его интересах и по его прямо выраженной воле, а именно к договору возмездного оказания услуг. Согласно статье 779 Гражданского кодекса РФ [3] и разъяснениям Пленума Верховного Суда РФ [4] под услугой следует понимать действие (комплекс действий), совершаемое исполнителем в интересах и по заказу потребителя в целях, для которых услуга такого рода обычно используется, либо отвечающее целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении возмездного договора.

Возможны и иные гражданско-правовые основания для вмешательства в нематериальное благо здоровье, например, действие в чужом интересе без поручения (гл. 50 ГК РФ) в случае невозможности субъектом выразить свою волю.

Мероприятие – совокупность действий, объединённых одной общественно значимой задачей [2]. Медицинская помощь, рассматриваемая в контексте «комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья», является составляющей медицинской деятельности и входит в её определение. Однако медицинская деятельность относится к понятиям иного рода отношений, регулируемых публично-правовыми нормами. Поскольку определение «медицинская помощь» с одной стороны включает понятие «медицинская услуга», а с другой стороны, является одной из составляющих в определении «медицинская деятельность», то на практике такое сложно сочлененное понятие порождает неоднозначность в толковании. Существенное практическое значение эта неоднозначность и многовариантность толкования приобретает при рассмотрении гражданско-правовых споров в отношении недостатка медицинской услуги, подменяемого в ряде случаев понятиями «качество медицинской помощи» или «качество и безопасность медицинской деятельности».

Согласно гражданскому законодательству, в том числе регулирующему потребительские правоотношения, под недостатком услуги понимается в частности её несоответствие обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке [5]. Исходя из гражданско-правового содержания, услуга – это действие или комплекс действий в интересах и по заказу потребителя. Недостаток услуги – это недостаток, присущий самому действию (действиям). Соответственно, обязательные требования должны относиться непосредственно к самому действию (медицинскому вме-

шательству) или комплексу действий (комплексу медицинских вмешательств), согласованных с потребителем. Однако на практике зачастую под этими обязательными требованиями понимаются требования не к самому действию (вмешательству), а к условиям и обстоятельствам его осуществления, то есть, по сути, относящиеся к медицинской деятельности.

В специальном правовом регулировании используется понятие «качество медицинской помощи», под которой понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [1, п. 21 ч. 1 ст. 2]. Для оценки качества медицинской помощи разработаны критерии, применяемые по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях) [6]. В качестве критериев оценки качества медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в частности, установлены: ведение медицинской документации, заполнение всех разделов; оформление письменного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство; назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком; оформление протокола решения врачебной комиссии.

Исходя из определения о том, что медицинская помощь помимо комплекса мероприятий включает в себя предоставление услуг, делается вывод о возможности использования критериев качества медицинской помощи для установления недостатка услуги. При этом, поскольку медицинская помощь составляет вид медицинской деятельности, то нарушение обязательных публично-правовых требований к её осуществлению рассматривается как недостаток медицинской услуги. Между тем это административные требования регулируют отношения между государством и медицинской организацией при осуществлении лицензируемой деятельности. Существенным условием для пациента является качественное медицинское вмешательство в его нематериальное благо – здоровье, а не полнота или правильность заполнения медицинской документации, наличие оформленного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или протокола врачебной комиссии.

На практике суды рассматривают факт нарушения требований к качеству медицинской помощи (деятельности), как нарушение права потребителя на качество и безопасность услуги, что в свою очередь является основанием для удовлетворения требований пациента и, как минимум, взыскания компенсации морального вреда. При этом конкретные неблагоприятные последствия таких нарушений для здоровья пациента или имущественных и личных неимущественных прав потребителя даже не оцениваются. Причинно-следственная связь между ними не анализируется. Такая ситуация по смыслу мало чем отличается от объективного вменения.

По такой логике в ряде случаев делаются попытки и процессуально-правовой подмены, когда вместо заключения судебно-медицинской экспертизы по конкретным обстоятельствам оказания гражданско-правовой услуги (установление недостатка медицинского вмешательства) для обоснования выводов используется заключение об оценке качества медицинской помощи (выявление нарушений медицинской деятельности).

Отступление от установленных обязательных публично-правовых требований к медицинской деятельности не означает автоматически, что услуга (медицинское вмешательство) оказана некачественно, то есть с недостатком. Квалификация недостатка медицинской услуги требует конкретизации неблагоприятных последствий для имущественных прав или нематериальных благ пациента (потребителя) с установлением причинно-следственной связи между медицинским вмешательством, охватываемым предметом договора, и этими последствиями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изм. и доп.) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> – 04.03.2024.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка // <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ogegova>.
3. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая): федер. Закон Рос. Федерации от 26.01.1996 № 14-ФЗ (с изм. и доп.) // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 04.03.2024).

4. О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 04.03.2024).
5. О защите прав потребителей: закон Рос. Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (с изм. и доп.) // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 04.03.2024).
6. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 04.03.2024).

О ПУБЛИЧНОМ И ЧАСТНОМ В КОММУНИКАЦИИ СУБЪЕКТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВООТНОШЕНИЯ

Медведев С.В.

Правовое Агентство Медведевых (Новосибирск)

Жизнь – это легкое, естественное состояние наше, столь привычное и столь незаметное... что никто из нас не сумел бы даже рассказать в чем оно состоит.

И.А. Ильин

Коммуникация – неотъемлемый элемент любых отношений. Назовем это сложным и многоплановым процессом установления и развития контактов между людьми, включающим обмен информацией, восприятие и понимание друг друга. Очевидно, что участники таких отношений обладают зачастую противоположными характеристиками, социальными и иными.

Профессиональная деятельность специалистов в области медицины, их опыт и навыки накладывают на них неизгладимый отпечаток. Коммуникативная компетентность – это не только часть их естественной среды, но и условие успешной жизнедеятельности. С другой стороны в названные отношения вступают люди, не обладающие особыми знаниями в данной сфере. И перед ними не стоит задача быть конкурентоспособными. Обыденное восприятие в противовес профессиональному порождает совершенно иное понимание реальности. Для них искомое от медицинской

помощи или оказанной услуги можно назвать, условно, удовлетворенностью.

В действующем законодательстве достаточно примеров регулирования и даже регламентации коммуникаций. Например, в сферах деятельности средств массовой информации, рекламы, взаимоотношений и связи с общественностью. Это и процессуальное законодательство о судопроизводстве, обстоятельно определяющее роли между участниками, границы общения и т.д.

Среди прочего процессуальное законодательство наиболее явно отражает баланс публичного интереса государства, реализующего функции правосудия, особенно при уголовном преследовании, и частного интереса лиц, оказавшихся в этом механизме. Этот баланс обеспечен гарантиями в виде уголовной ответственности за дачу заведомо ложных показаний, ведения дел должностными лицами с особым статусом, судебных процедур в закрытом режиме, включая «секретность», особыми формами правового компромисса и т.д. При этом в процессуальных сферах максимум публичности гармонирует с тем необходимым минимумом частного, который незыблем для человека, будь он судьей, свидетелем, подсудимым или потерпевшим.

Невозможно запретить нестандартные, но обоснованные вопросы судьи или защитника, либо предупредить эмоциональность обвинителя или потерпевшего. Правоприменение, с его целью установления истины, невозможно без речевых конструкций и образов, которыми передается подлинность события и поведения.

В качестве объекта для настоящего обсуждения возьмем приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.12.2023 № 1241 «О тиражировании проекта по проведению аудиоконтроля амбулаторного приема врача в медицинских организациях...», который вызвал довольно бурное обсуждение в профессиональной, и не только, среде. Не пересказывая его содержание и не оценивая его законность, остановимся лишь на некоторых деталях.

Разработчики приказа акцентировали внимание на необходимости контроля качества и безопасности амбулаторного приема и удовлетворенности пациента, повышении доверия между врачами и пациентами, на новой культуре общения, и даже попытались убедить в том, что аудиозапись приема будет обезличенной и конфиденциальной. Чем не пример документа, посредством которого осуществля-

ется правовое регулирование коммуникаций, сопряженное с безусловным контролем посредством аудиозаписи.

Один из вопросов, возникающий при реализации данного приказа, может звучать так: будет ли обеспечена коммуникация и достигнута удовлетворенность при нежелании пациента говорить под аудиозапись? О врачебной тайне, неприкосновенности частной жизни, защите чести и доброго имени сегодня осведомлен чуть ли не каждый. Каковы гарантии сохранения всего этого в нынешних условиях информационного беспорядка?

Гарантии, продекларированные в этом документе (обезличенность записи, защищенное хранение, непривязанность к данным амбулаторного приема и т.д.), ненадежны.

Приказ дал повод вспомнить о проблеме защиты персональных данных. Многими его появление вполне обоснованно расценено как очередной вариант установления внешнего контроля над личностью. В располагающей к такому контролю среде. В такой ситуации частные интересы оказываются на грани поражения, поскольку волеизъявление участников остается вне правоотношения.

В другой части приказ содержит рекомендации проявлять по отношению к пациенту вежливость, доброжелательность, корректность, участие, внимательно выслушивать и т.д.

В приказе перечислены фразы для начала, продолжения и завершения диалога с пациентами, обращения, которых следует остерегаться. Предписано не использовать сложную профессиональную терминологию, не подшучивать над пациентами и их родными.

Судя по всему, авторы документы действительно полагают, что стандартизация поведения и речемышлительной деятельности станет условием повышения доверия и фундаментом новой культуры общения между врачами и пациентами. Это полагание скрепляется специальной отчетностью и критериями оценки.

Вместе с тем, очевидно, что весь этот этикет и без того является элементом стандарта профессии. Воспитанный и компетентный врач – это ли не цель многолетнего процесса обучения и подготовки специалиста? Вряд ли контроль, выраженный в подчинении участников диалога таким правилам, существенно повлияет на коммуникативные барьеры и, в итоге, повысит продуктивность коммуникации.

Из содержания приказа видно, что авторы предлагают решать поставленные задачи посредством вычислительного метода, обра-

ботки информации, «обогащенной» заданными параметрами. Подобная коммуникация напоминает ту, что имеет место в деятельности так называемых call-центров, и она выглядит перспективной в условиях широкого внедрения искусственного интеллекта. Тогда уместен другой вопрос: нужен ли врач-человек для первичного приема? Ведь это элементарная задача для бота.

Тиражирование очередного проекта имеет, скорее, другую, более прозаичную цель. Наша бюрократия по-прежнему вместо того, чтобы действительно заниматься повышением качества медицинского обслуживания, находит коммерческое решение вечной проблемы «эффективного расходования» бюджета.

Подводя итог, хочется еще раз процитировать И.А.Ильина, который сто лет назад назвал русскую медицинскую традицию прочной и сознательной, а деятельность врача делом служения, а не делом дохода.

О НЕКОТОРЫХ ИТОГАХ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН

Чернышев В.М.¹, Мингазов И.Ф.²

*¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Новосибирск)*

²ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора РФ (Новосибирск)

Вопрос здоровья населения и увеличения продолжительности его жизни является крайне важным для государства, так как «богатство любого государства – это его население». Оно является тем двигателем процветания и прогресса, который обеспечивает устойчивое функционирование государства. Поэтому одна из важнейших его функций – это увеличение населения страны путем поддержания его здоровья и продолжительности жизни. Такая поддержка осуществляется через систему здравоохранения.

После Великой Октябрьской социалистической революции в нашей стране ее становлению уделялось достаточно много внимания. Огромную роль в создании новой системы здравоохранения сыграл народный комиссар здравоохранения страны Семашко Николай Александрович.

За время существования упомянутой системы произошли заметные изменения, как в состоянии здравоохранения страны, так и здоровья населения. В 1991 году количество коек выросло по сравнению с 1913 годом более чем в 17 раз, обеспеченность ими увеличилась за этот период с 8 до 137,4 на 10 000 населения в 1989 году. Существенно увеличилась обеспеченность медицинским персоналом в расчете на 10 000 населения. Так в 1913 году врачей было 1,4, среднего медицинского персонала 2,7, в 1940 году 8,0 и 24,3, а в 1990 году соответственно 45,0 и 124,5 на 10 000 населения. На фоне совершенствования системы охраны здоровья россиян, успешного экономического развития страны и роста благосостояния населения, средняя ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) существенно увеличилась. Так в 1913 г. она составляла всего 32 года, но уже в 1929 году достигла 44 лет и 69 лет в 1958 г. В 1964 г. она составила в СССР – 70,4 года, по данному показателю СССР замыкал десятку стран мира с самой высокой ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ).

В первой половине 70-х годов медицина в СССР оставалась лучшей в мире, став такой в 50-е годы. В основном это стало возможным за счет доступности бесплатной медицины каждому жителю страны, профилактической направленности ее деятельности, санитарно-гигиеническому просвещению населения, которым занимались медицинские работники всех учреждений в содружестве с общественными организациями.

Сегодня в ряде европейских государств реализуются советские принципы здравоохранения – бесплатность и всеобщая доступность. Под влиянием отечественной на Западе сформировалась собственная бюджетная система медицины, которую часто именуют моделью Бевериджа (она существует, в частности, в Великобритании, Ирландии, Дании, Италии, Испании).

После 1975 года началась стагнация медицины вместе с застоем и стагнацией в целом по стране. Здравоохранение стало хуже финансироваться: с 6,3% ВВП в конце 60-х годов до 4,8% ВВП СССР в начале 80-х.

С учетом сложившейся ситуации, в целях получения дополнительного финансирования, в 1991 году был принят закон № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в 2010 году № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Кроме получения гарантированных источников финансирования и увеличения финансовых потоков, предполагалось и повышение эффективности системы здравоохранения. Однако этого добиться не удалось, хроническое недофинансирование продолжает сохраняться долгие годы, при этом еще появилась необходимость тратить дефицитные средства на содержание ФОМСов и страховых медицинских организаций.

За последние три десятилетия госрасходы на здравоохранение редко превышали 3,5% ВВП. Среднедушевые расходы на него в России в 2019 году были в 1,8 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, и в 3,9 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС.

Дефицитное финансирование повлекло за собой серьезные структурные перемены в отрасли. Согласно данным Росстата, число больниц в России сократилось с 1989 год по 2019 год более чем в 2 раза, с 12,8 до 5,3 тысяч, а количество коек за указанный период с 2 038 до 1 072 тысяч. Состояние обеспечения медицинскими работниками в РФ за последние десятилетия претерпело некоторые изменения, которые в большинстве своем носят негативный характер. В целом по стране за период с 2000 по 2021 г. в расчете на 10 000 населения количество врачей сократилось с 42,1 до 37,7, т.е. на 10,4%, а специалистов со средним медицинским образованием с 96,9 до 80,0, т.е. уменьшилось на 17,4%.

Еще одна тревожная тенденция – это старение врачебного персонала. Если в целом по стране в 2005 г. специалистов в возрасте до 30 лет было 18,6% в общей возрастной структуре, то в 2020 г. – 12,2%. При этом доля докторов в возрасте старше 50 лет за указанный период увеличилось с 13,0 до 21,9%. Происходит отток медицинских работников из государственного сектора в частный. В 2005 г. доля медиков, работающих в государственном секторе, составляла 93,6%, а в 2020 г. их численность сократилась до 86,9%. За этот же период доля занятых в частном секторе здравоохранения увеличилась с 4,0 до 11,1%.

Идет сокращение числа станций скорой помощи. В период с 2005 по 2015 год их количество снизилось с 3 276 до 2 561 отделения или на 21,8%.

В 2019 г. по сравнению с 1990 г. количество заболевших в течение года увеличилось с 96 млн. до 115 млн., т.е. на 19,8%, а количество заболевших на одного врача с 160 до 205,3 (30%), а на одну кой-

ку – с 47 до 125, т.е. в 2,7 раза, при том, что уровень госпитализации только за период с 2004 по 2019 годы снизился с 232,3 до 192,8 на 1000 населения. Летальность в стационарах с 2000 по 2019 г. увеличилась в 1,5 раза – с 1,3 до 2,0%.

Это не могло не отразиться на состоянии здоровья населения. Внедрение медицинского страхования совпало с резким ухудшением социально-экономической ситуации в стране. При этом Г.Э. Улумбекова считает, что на 30% ОПЖ зависит от доступности бесплатной медицинской помощи.

В последний год (1991) перед распадом СССР рождаемость в РСФСР была еще выше смертности, соответственно 13,4‰ и 11,2‰. С 1992 года, естественный прирост сменился естественной убылью. С конца 1980-х годов в связи с деградацией экономики и здравоохранения, в связи с недостаточным финансированием, ОПЖ начала снижаться, составив 69 лет уже в 1990 г. и всего 63,8 года в 1994 г. В период экономических реформ, обернувшихся массовым обнищанием населения, смертность увеличилась на 37% на фоне более скромных изменений в демографической структуре: доля детей сократилась с 23 до 18% (уменьшилась на 21,7%) за период с 1990 по 2000 г., доля населения старше трудоспособного возраста увеличилась с 18 до 21% (на 16,7%).

Общая смертность населения существенно превышала рождаемость и достигала своего максимума в 2003 (16,4‰) и 2021 (16,7‰) годах. Рождаемость в новейшей истории РФ была заметно ниже, чем в РСФСР и только в период с 2012 по 2015 год включительно повышалась до 10,3‰, при этом естественный прирост населения был минимальный и не превышал 0,3‰ в год. Сокращение численности населения за счет естественной убыли в период с 1992 по 2019 год составило 13,97 млн. человек. Некоторая компенсация произошла за счет миграционного процесса, в результате которого в Россию пришло 9,91 млн. человек.

Практически все годы существования РФ растет заболеваемость населения и это несмотря на то, что и в Минздраве и в Госдуме, говорят о необходимости укрепления амбулаторно-поликлинической службы, но фактически в последние годы уменьшены ассигнования по целому ряду федеральных проектов – в особенности по развитию системы первичной медико-санитарной помощи (на 19,4%). Доля расходов на профилактику заболеваний от общих расходов на здра-

воохранение в 2016 году в России составила 0,8%, в то время как в Канаде 6,2, в Англии – 5,4, в Италии 4% и т.д. Обеспеченность врачами первичного звена (участковые врачи терапевты, педиатры, врачи общей практики) в расчете на 10000 населения в РФ составляет 4,7, в то время как во Франции – 15,9, в Бельгии – 11,1, в Эстонии – 7,4, в Литве 7,1.

В целом по стране в поликлиниках насчитывается в 1,5 раза меньше врачей первичного звена и почти в 2 раза меньше медсестер по сравнению с установленными Минздравом нормативами, оценивает ВШОУЗ.

Проводимые в стране опросы по изучению мнения и оценке гражданами и медицинскими работниками современного здравоохранения свидетельствуют об их неудовлетворенности. В сентябре 2020 г. опрос фонда «Общественное мнения» показал, что 49% опрошенных уверены, что дела в медицине обстоят плохо, полностью довольны нашей медициной только 10%. Любопытно, что в 1989 г. в СССР всего 10% населения высказывали недовольство качеством медицины (данные ЦСУ СССР).

По результатам опроса, который проводил «Народный фронт» среди 17,2 тыс. респондентов во всех регионах РФ: 61% опрошенных сталкивались со случаями, когда приема приходилось ждать более двух недель, а 41% – часто сталкивались.

Весьма категорична реакция врачебного сообщества на так называемую оптимизацию, которая приняла оголтелый характер и складывается такое впечатление, что осуществляется «наперегонки» руководителями органов и учреждений, чтобы получить одобрение МЗ РФ. По результатам интерактивного опроса участников съезда национальной медицинской палаты (2015):

- 81,3% не поддерживают проводимую оптимизацию здравоохранения;
- 83,1% считают неоправданным сокращение коек и штатов;
- 62,6% говорят, что объединение больниц часто необоснованно (11,7% считают, что оно обоснованно);
- 63,2% считают, что одноканальное финансирование не привело к улучшению деятельности медицинских организаций;
- 71,9% считают, что сокращение государственного сектора здравоохранения задумано для развития частного сектора;

- 84,5% отметили, что сокращение государственного сектора здравоохранения приведёт к социальным негативным последствиям;
- 54,1% убеждены, что принцип «деньги идут за пациентом» не работает.

Результаты опроса показывают, что сложившаяся система здравоохранения не устраивает ни производителей, ни потребителей медицинских услуг. В связи с этим необходимы меры по реорганизации ее. Прежде всего, следует восстановить государственную систему здравоохранения и, как альтернативу, сохранить частный сектор в отрасли. Довести финансирование до 5% от ВВП и более. Принять конкретные и радикальные меры по решению кадрового вопроса в отрасли. Прежде всего, организовать должным образом профориентацию на медицинские профессии в школах. Вернуться к обязательному государственному распределению выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счет бюджета. Повысить ответственность глав администраций субъектов за создание необходимых условий для молодых специалистов-бюджетников (медицинских работников, учителей, работников культуры и т.д.), включить соответствующий пункт в критерии оценки их деятельности. Принять действенные меры по укреплению первичного звена здравоохранения, прежде всего, участковой службы (разукрупнение участков, формирование их с учетом возрастного состава, повышение материальной заинтересованности и др.). Оптимизировать соотношение врачей и специалистов со средним медицинским образованием (до рекомендуемых 1:4). Решить вопрос с организацией первой помощи в малочисленных населенных пунктах, в т.ч. организации домовых хозяйств (следует назвать их парамедиками), по подготовке, уточнить их статус, решить вопрос об обеспечении медикаментами, средствами связи, материальной заинтересованности и т.д. Необходимо систематизировать проведение санитарно-просветительной работы, она должна начинаться со школы, если ни с дошкольных учреждений и осуществляться через средства массовой информации системно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Из истории становления медицинского страхования в России / Обязательное медицинское страхование в РФ, 2023. – № 5.

2. Гурьянов С. Скинуть по рублю: изменится ли финансирование здравоохранения в 2024 году. Эксперты из отрасли называют бюджет оптимальным в нынешней ситуации <https://iz.ru/1589065/sergei-gurianov/skinut-po-rubliu-izmenitsia-li-finansirovanie-zdravookhraneniia-v-2024-godu>.
3. Стародубов В.И. ОМС: что позади и что впереди. Интервью медицинской газете. 18 августа 2021 г. <https://mednet.ru/novosti/nauchnyj-rukovoditel-cznioiz-vladimir-ivanovich-starodubov-dal-intervyu-mediczinskoj-gazete>.
4. Топ-30 стран с лучшей медициной в 2024 году / <https://zelenyimir.ru/strany-s-luchshey-meditsinoy>.
5. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: экономические факторы / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016; 24 (6). – С. 335-339.
6. Соколов А. Деньги не лечат – к чему ведет реформа здравоохранения. Высокая смертность россиян связана с хроническим недофинансированием медицины <https://tass.ru/ekonomika/9484327>.
7. Калинин К. Сравнение медицины при царизме, в СССР и в РФ / 2002. proza.ru 2022/07/24/963

ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

И ОПЯТЬ О КЛИНИЧЕСКОЙ РЕКОМЕНДАЦИИ

Гаганов Д.Б.

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

СТАВИМ ПЕРВУЮ ПРОБЛЕМУ.

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСТРУКЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОСТИ ПРИ- МЕНЕНИЯ

Все мы помним период, когда клинические рекомендации вводились в оборот Приказами Минздрава – соотношение между нормативно – правовым актом и клинической рекомендацией (далее – КР) здесь понятное; стоит только подчеркнуть, что сама КР нормативно-правовым актом не является, нормативно-правовым актом являлся приказ, её вводящий. На настоящий момент.

На сегодняшний день (с 01 января 2023 года) применяются КР, утверждённые внесением в рубрикатор Минздрава (<http://cr.minzdrav.gov.ru>) до 01 сентября 2021 года, то есть КР приказом не вводятся, актуальные и действующие КР размещаются в рубрикаторе.

Рубрикатор клинических рекомендаций – ресурс Минздрава России, в котором размещаются клинические рекомендации, разработанные и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями Российской Федерации (ст. 76 ФЗ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)..., а также методические руководства, номенклатуры, справочники и другие справочные материалы, связанные с клиническими рекомендациями. Создан в целях обеспечения доступа медицинских работников к клиническим рекомендациям, разработанным в соответствии с законодательством Российской Федерации и принципами доказательной медицины.

То есть, юридическим фактом является не надлежащее опубликование нормативно – правового акта (приказа об утверждении КР,

как ранее), а факт размещения (обновления, актуализации) клинической рекомендации на ресурсе, факт организации доступа медицинского работника к ресурсу, что с точки зрения теории права повторяет конструкцию официального опубликования нормативно – правовых актов в порядке и на условиях, обеспечивающих их доведение до сведения применяющих и (или) использующих их лиц и исключающих сомнения по поводу их ознакомления (по Хабриевой Т.Я., проект закона «О нормативно – правовых актах).

Аналогичная правовая конструкция – при согласовании границы участка с соседями – если найти их не получается, кадастровый инженер публикует извещение в местной прессе, адресат будет считаться уведомленным, даже если он не прочитает это объявление.

С другой стороны, медицинская организация обязана в рамках системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (СВКК и БМД) отслеживать актуальные клинические рекомендации.

ТАК ЧТО НАСЧЁТ ОБЯЗАТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КР? – ПРАВИЛЬНАЯ ЛИ ФОРМУЛИРОВКА? ПРАВИЛЬНО ЛИ ПОСТАВЛЕН ВОПРОС? – НЕ СОВСЕМ.

Некоторую ясность в рассматриваемый вопрос внес ВЕРХОВНЫЙ СУД нашей страны – определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 21 августа 2023 года по делу № 16-КГ23-23-К4, была проведена ЭКМП на основании критериев качества, взятых из клинической рекомендации 2020 года, заключение экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) было положено в основу исковых требований:

«... в силу части 2 ст. 64 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации эти клинические рекомендации (а они – от 2020 года!) являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи, в связи с чем утверждение о необязательности указанных КР (2020г.) противоречит закону».

То есть, у нас есть правообязывающие нормы: ст. 37 323-ФЗ – медицинская помощь организуется и оказывается на основе КР; ст.64 323-ФЗ – критерии оценки качества формируются на основе клинических рекомендаций; ЭКМП проводится с использованием этих критериев;

приказ Минздрава Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 785н – внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется ...на основе КР (критерии оценки качества медпомощи – обязательный раздел КР (Приказ Минздрава от 28 февраля 2019 г. № 103н);

То есть обязательным является раздел КР о критериях оценки качества медицинской помощи в тех случаях, когда «клинические рекомендации являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи».

ИЗУЧИМ ВТОРУЮ ПРОБЛЕМУ.

ЧТО ТАКОЕ «НА ОСНОВЕ» КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ?

Конец 2018 года – изменения в Федеральный закон № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», внесены федеральным законом от 25.12.2018 г. за № 489-ФЗ:

Медицинская помощь (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации):

- организуется (то есть осуществляются действия до конкретизации, до возникновения комплекса действий, имеющего самостоятельное законченное действие);
- оказывается (самостоятельное законченное значение, есть тот, кому оказано – момент конкретизации в виде медицинской услуги) НА ОСНОВЕ клинических рекомендаций.

Так что такое НА ОСНОВЕ?

Для этого изучим своеобразную инструкцию по разработке клинических рекомендаций – ГОСТ Р 56034-2014. Данный документ устанавливает общие положения разработки КР (протоколов лечения), определяющих объём и показатели качества выполнения медицинской помощи больному при определённом заболевании, с определённым синдромом или при определённой клинической ситуации.

В п. 5.3. ГОСТа «критерии и признаки, определяющие модель пациента» мы находим объяснение сути логической связки «на основе»:

В процессе применения КР (протокола лечения) врач на основании критериев и признаков определяет модель пациента и предпринимает следующие шаги:

ШАГ 1 – устанавливает СООТВЕТСТВИЕ модели и курируемого пациента.

ШАГ 2 – на основе алгоритма, приведённого в КР, формирует диагностическую гипотезу для данной модели пациента

ШАГ 3 – определяет перечень медицинских услуг и лекарственных средств, которые используются при данной модели пациента.

Вот эти – то шаги в системе и раскрывают нам, что такое НА ОСНОВЕ (заметим не В СООТВЕТСТВИИ – так можно сказать о порядках оказания медицинской помощи). МОДЕЛЕЙ ПАЦИЕНТА – ТРИ:

Синдромальная модель пациента – совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих:

- идентифицировать синдром (сочетание симптомов (субъективных и объективных признаков болезни), обусловленных единым патогенезом, не следует использовать как синоним термина «болезнь», «заболевание»);
- отнести синдром к группе состояний, являющихся следствием заболевания.

Ситуационная модель пациента – регламентирует медпомощь, в случаях, которые нельзя отнести к конкретной нозологии или синдром связана с группой заболеваний, профилем и функциональным назначением отделения, медицинского учреждения.

Нозологическая модель пациента – совокупность диагностических признаков, позволяющих идентифицировать нозологию – и отнести пациента к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями и общими подходами к лечению/коррекции состояния.

И В ЗАВЕРШЕНИЕ – САМАЯ ИНТЕРЕСНАЯ ПРОБЛЕМА

При производстве судебно – медицинской экспертизы «ответы на вопросы, касающиеся оказанной медицинской помощи, формулируются с обязательной ссылкой на действующие в момент оказания медицинской помощи нормативно – правовые акты ..., а также клинические рекомендации».

То есть – КР НПА не является. Но интересно другое: согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г.

№ 103н Приложение требованием к структуре клинических рекомендаций являются шкалы оценки уровней достоверности доказательств (УДД) и шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР).

При применении КР в процессе производства СМЭ вышеприведённые уровни достоверности и уровни убедительности рекомендаций не фиксируются в исследовательской части при указании применённых методов.

Например, как оценивать ненадлежащий исход медицинской помощи в процессе научного исследования с опорой на слабую рекомендацию (отсутствие доказательств надлежащего качества, все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными), если данная слабая рекомендация является составной частью КР?

Или по-другому: должен ли эксперт оценивать научную обоснованность включаемой в КР информации при производстве экспертизы?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).
2. Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04 июня 2014 года № 503-ст.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».
4. Определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 21 августа 2023 года по делу № 16-КГ23-23-К4. Режим доступа: https://www.vsrfl.ru/stor_pdf_ec.php?id=2279526.

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ РИСКИ ВРАЧА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ AI

Галюкова М.И.

Центральный районный суд города Челябинска (Челябинск)

Уникальность правового референса создаваемого искусственным интеллектом (ИИ / AI) определяет исключительность принятых решений в выбранной сфере деятельности. Российское здравоохранение не является исключением и осознанно выбрало вектор на автоматизацию и цифровизацию при помощи высоких информационных технологий в рамках общего курса диджитализации [2].

В настоящий момент с высокой долей эффективности медиками активно используется как сильный, так и слабый виртуальный разум. Отметим, что использование сильного ИИ является прерогативой ведущих научных центров и инновационных кластеров, однако это обстоятельство не исключает, отсутствие электронной среды в среднем звене медицины.

Применение ИИ в здравоохранении можно ранжировать следующим образом:

- ведение электронной документации и обмен информацией между медицинскими организациями (БАРС. МИС, ЕМИ-АС);
- использование интеллектуальных ассистентов (например, AIDA);
- формирование и анализ Больших данных;
- телемедицина;
- роботизация медицинских процедур и т.д.

Разумеется, все медицинские и коммуникационно-инженерные процессы осуществляются под контролем человека.

Однако, следует учитывать, что деятельность врача изначально определяется как рисковая. В связи с этим возникает вопрос: Использование ИИ снижает или увеличивает риски деятельности медицинского работника?

Весь объем функционала врача следует разделить на две части. Первая, это работа с медицинской документацией и врачебной тайной. Вторая – это оказание медицинской помощи пациенту.

Большинство врачей и руководителей учреждений здравоохранения единогласны во мнении, что использование новейшего программного обеспечения для ведения электронных историй болезней, либо формирование результатов обследования в специальных утилитах значительно сокращает время на диагностику и оформление медицинской документации, позволяет сконцентрироваться непосредственно на выборе тактики терапии/вмешательства и осуществлении лечебного процесса. Уголовно-правовые риски в данном направлении для врача стандартные и заключаются в вероятности разглашения медицинской тайны, что влечет привлечение субъекта деяния к уголовной ответственности по ст. 137 УК РФ.

Применение ИИ непосредственно в работе медицинского сотрудника порождает качественно новые правовые ситуации.

Напомню, что лечение пациента должно осуществляться в соответствии с клиническими рекомендациями либо стандартами и порядками оказания медицинской помощи по конкретной нозологии. Как показывает контент анализ текстов рекомендаций и смежных с ними документов, в них не содержится упоминание о виртуальных помощниках.

Иными словами, на сегодняшний день не существует стандартов лечения либо клинических рекомендаций, разработанных для комплаенса врача и AI. Это обстоятельство неизбежно приводит нас к выводу о том, что использование ИИ возможно только в качестве информационной помощи врачу.

В соответствии с определением, приведенным в стандарте ГОСТ Р ИСО 31000, риск – это следствие влияния неопределенности на достижение поставленных целей. С целью снижения сомнений в принятии решения, врач использует специальные программы. Например, продукты SberMedAI, созданные на базе алгоритмов ИИ, которые призваны помогать врачам при постановке диагноза и выборе тактики лечения. Аналогичные программы существуют и у других провайдеров цифрового здравоохранения.

Учитывая, что ПО упаковано в графически привлекательную оболочку и сам процесс работы с цифровым помощником вызывает у пользователя эмоциональное удовлетворение, то наряду с положительным эффектом использования (обучение, повышение soft skill врача), происходит и снижение концентрации профессионального внимания сотрудника в плане исключения вероятности ошибки.

Врач очень четко должен понимать, что любое использование ИИ это всего лишь *second opinion* и ответственность в случае паралогизма будет лежать на нем.

При этом, когда действие медицинского работника, не соответствует стандартам или клиническим рекомендациям оказания медицинской помощи, в результате которого наступила смерть пациента либо причинен тяжкий вред здоровью, то деяние должно квалифицироваться по ч. 2 ст. 109 УК РФ либо по ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Однако, если врач заявит о том, что он принимал решение с использованием системы ИИ, то не исключена вероятность изменения квалификации деяния на более тяжкий состав ст. 238 УК РФ, так как в диспозиции данной статьи присутствует указание на безопасность оказания услуги (медицинской помощи), то есть на отсутствие недопустимого риска. Иными словами, врач не убедился в безопасности для пациента, полученной от искусственной системы информации и, не смотря на наличие собственных специальных знаний, принял неверное решение, повлекшее тяжкие последствия.

Одним из самых проблемных вопросов, с точки зрения права, является ошибка робота-оператора при проведении медицинской процедуры. Последние достижения в области медицинской робототехники привели к возникновению новой специальности – оператор медицинских роботов. Поскольку сам робот не является субъектом правоотношений и по российскому уголовному праву не может нести ответственность, то бремя вины перекладывается на физическое лицо. В случае, когда робот запрограммирован и действует самостоятельно, то в ситуациях неконтролируемого сбоя и причинения вреда, ответственность будет нести разработчик. При ошибке в реализации механизма управления роботом в конъюнктуре прямого доступа к изобретению ответственность будет нести оператор. Но, когда неправильно выбрана тактика использования робота при лечении в зоне внимания правоохранителей будет находиться врач.

Бес сомнения за ИИ в здравоохранение крайне перспективное будущее, о чем неоднократно говорит в своих выступлениях В.В. Путин [1]. Тем не менее, данный вопрос требует глубокой проработки на законодательном уровне, в том числе для решения этических и правовых вопросов в области биобезопасности и безопасности использования AI в потребительских целях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Путин призвал тиражировать практику «врачебных подсказок» с помощью технологии ИИ // Российская газета. 07.02.2023. <https://rg.ru/2023/02/07/putin-prizval-tirazhirovat-praktiku-vrachebnyh-podskazok-s-pomoshchiu-tehnologij-ii.html?ysclid=lu5g2oxhod657302859> (дата обращения: 15.03.2024).
2. Черных Е.Е. Искусственный интеллект в здравоохранении России: современное состояние и уголовно-правовые риски // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2020. № 4(88). С. 127 – 131.

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ПОЛУЧЕНИЯ ОБРАЗЦОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В РАМКАХ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА

Горшкова В.С.

ФГКОУ ВО «Барнаульский юридический институт МВД России» (Барнаул)

Эффективная борьба с преступностью невозможна без использования достижений различных направлений научных знаний и используемых ими передовых технологий, в частности – применения разработок медицины в области работы с геномной информацией.

При проведении осмотров мест происшествий происходит обнаружение и изъятие объектов биологического происхождения (кровь, сперма, слюна, моча, кости и т.д.), содержащих ДНК-профиль конкретного лица – преступника либо человека, чьи останки трупа необходимо отождествить посредством проведения судебных экспертиз и проверки по ведущимся информационным массивам в сервисе объединенной поисковой федеральной системы генетической идентификации «Ксенон-2».

Согласно действующим правовым предписаниям уголовно-процессуального законодательства (далее – УПК РФ) назначение и производство судебных экспертиз может осуществляться в рамках доследственной проверки по поступившим сообщением (заявлению) граждан о совершенном уголовно наказуемом деянии [1]. Статья 198 УПК РФ закрепляет права подозреваемого, обвиняемого, по-

терпевшего при назначении и производстве судебной экспертизы, но эти участники на данном этапе отсутствуют.

Остается нерешенным круг вопросов, связанных с получением образцов для сравнительного исследования для производства судебных экспертиз на стадии доследственной проверки: реализация права связана с наделением лиц определенных процессуальных статусов и правомочий (выбор экспертного учреждения и эксперта, постановка вопросов перед экспертом и т.д.) на основании статьи 202 УПК РФ. Следует признать не совсем верной и оправданной практику следователей, дознавателей органов внутренних дел отбора образцов для производства судебных экспертиз – отбор образцов буккального эпителия у всех лиц, находящихся на месте происшествия, и отражения данного факта в протоколе следственного действия. При этом не выносится постановление о получении образцов для сравнительного исследования и не составляется протокол получения образцов для сравнительного исследования, в котором подробно указывается используемый набор средств изъятия – медицинская маска, медицинские перчатки, ватные палочки, специальные щетки.

Имеет определённые трудности процедура принудительного отбора биологических образцов для сравнительного исследования. Согласно действующим правовым нормам УПК РФ подозреваемый (обвиняемый) в совершении преступления может отказаться от вышеуказанной процедуры и предпринять активные меры по противодействию ей (стиснуть зубы, рот прижать к туловищу, оказывать активные движения телом и прочее) несмотря на то, что в качестве носителя геномной информации человека, как правило, используется буккальный эпителий из ротовой полости индивида.

Необходимо отметить, что проведенный анализ судебной практики Алтайского края позволил выявить факты попыток привлечения к административной ответственности лиц, отказавших в добровольном предоставлении образцов для сравнительного исследования, за неповиновением законному распоряжению или требованию сотруднику полиции (часть 1 статьи 19.3 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях) [2]. Подобный вариант разрешения ситуации по принудительному получению образцов для сравнительного исследования является дискуссионным, содержащим в своей основе предпосылки нарушения прав и свобод личности.

На наш взгляд, выходом из сложившейся ситуации может стать установление факта ранее выделения ДНК-профиля (установление отцовства, материнства или родства в рамках гражданского судопроизводства, производства экспертиз тканей и выделений человека, животных по другим уголовным делам) и направление официально-го запроса о предоставлении информации ДНК-профиля конкретного лица. Однако, процедура обращения инициатора к информационным массивам частных медицинских клиник, центров и операторам «Ксенон-2», получения ответа и использования его результатов не разработана и нормативно не закреплена.

Таким образом, широкие возможности работы с ДНК-профилем лиц, в частности прошедших государственную геномную регистрацию в обязательном порядке (подозреваемые (обвиняемые) в совершении преступлений, родственники без вести пропавшего лица) [3], имеют ключевое значение при борьбе с преступностью, установлении личности неопознанных трупов и решении иных задач правоохранительной направленности. Однако, имеющиеся пробелы законодательства в сфере работы с ДНК-профилем человека, несформированная и неустоявшаяся правоприменительная практика нацеливают на поиск совместных ответов сотрудниками полиции и медицинскими работниками.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: федер. закон от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ (с изм. и доп.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант». Источник: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/?ysclid=lqdfahdg5z906079136 (дата обращения: 31.03.2024).
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: федер. закон от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ (с изм. и доп.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант». Источник: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/. (дата обращения: 31.03.2024).
3. О государственной геномной регистрации: федер. закон от 03 декабря 2008 г. №242-ФЗ (с изм. и доп.). Доступ из справ.-правовой системы «Консультант». Источник: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82263/ (дата обращения: 31.03.2024).

АКТИВНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ РАССМОТРЕНИИ ИСКОВ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ефименко Т.В.

ОБУЗ «Кардиологический диспансер» (Иваново)

1. Роль и статус медицинского работника в судебном разбирательстве.

Широкое распространение получила реализация пациентом своего права на защиту интересов посредством обращения в суд с иском к медицинской организации с требованием возмещения вреда, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Медицинские работники (в том числе врачи) являются непосредственными исполнителями «медицинских услуг» в процессе лечения пациента, иногда становясь «фактическим причинителем вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи» [1].

Сотрудники медицинского учреждения (врачи и иной медперсонал), чьи непрофессиональные действия потенциально могли привести к причинению вреда здоровью или жизни пациента, должны быть привлечены к участию в деле в качестве третьих лиц, не заявляющих самостоятельных требований относительно предмета спора. Выступают они на стороне ответчика, поскольку есть вероятность предъявления регрессного требования к такому сотруднику.

В соответствии со статьей 43 Гражданского процессуального кодекса РФ (далее – ГПК РФ), третьи лица вступают в процесс как участники дела, способные активно влиять на его исход: представлять доказательства, заявлять ходатайства, задавать вопросы сторонам, давать свои пояснения и участвовать в формировании вопросов для судебно-медицинской экспертизы и т.д.

Если медицинский работник не является стороной в деле, но знает, что пациент подал иск против медицинского учреждения, ему рекомендуется вступить в судебный процесс самому, либо обеспечить свое участие через представителя (юриста, адвоката). Это поможет избежать возможного привлечения его к ответственности по регрессному требованию.

Лица, участвующие в деле, извещаются судебной повесткой и иными способами, обеспечивающими фиксирование судебного извещения и его вручение.

2. Процессуальные ошибки медработника при участии его в судебном споре между пациентом и клиникой, состоят в следующем.

1) Тактика – игнорирование.

Медицинские работники, по-видимому, полагая, что «молчание – золото», своей тактикой выбирают игнорирование судебных заседаний, и не направляют в суд своего представителя для защиты своих прав. Многие медицинские работники настолько самоуверенны в своих действиях по оказанной медицинской помощи, что не считают необходимым хоть как-то критично анализировать свою профессиональную деятельность, в том числе при помощи медицинского юриста. Следование данной тактике несет большие риски для медицинского работника – быть привлеченным в последующем в качестве ответчика уже по иску медицинской организации о взыскании ущерба.

2) Тактика – отрицание/обвинение.

Находясь в судебном заседании (или даже на допросе у следователя), в целях самооправдания, врач, зачастую может говорить об отсутствии у него возможности для оказания медицинской помощи, тем самым подставляя медицинскую организацию под статью Уголовного кодекса РФ «оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности», а значит и себя.

Примеры тактики:

- «В этот день, по графику должен был работать другой, я вышел, потому что попросили».
- «Да я не сделал УЗИ, ведь у нас в больнице нет такого аппарата, он сломанный был несколько дней».
- «У нас не закупают такие лекарственные препараты».
- «У нас не было персонала».

Медицинским работникам при определении тактики поведения в суде следует учитывать позицию Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации, изложенной в определениях от 15 июня 2020 года № 9-КГ20-5, от 19 октября 2019 года № 80-КГ19-13, от 24 июня 2019 года № 74-КГ19-5, в которых указано, что при рассмотрении исков о некачественном оказании медицинской помощи «...судам следует выяснять, были ли приняты работниками медицинской организации необходимые и возможные меры, в том числе предусмотренные стандартами и порядками оказания медицинской помощи, для своевременного и квали-

фицированного обследования пациента, проведения в отношении него лечебных мероприятий в целях предотвращения дальнейшего неблагоприятного исхода, способствовали ли выявленные нарушения оказания медицинской помощи развитию неблагоприятного исхода, имелась ли у медицинской организации возможность оказать пациенту необходимую и своевременную медицинскую помощь (определения)».

3. Негативные последствия для медицинского работника, в случае отсутствия активной защиты своих прав, могут выражаться в регрессных требованиях со стороны медицинских организаций, уголовного преследования, репутационных рисков.

Рассмотрим наиболее вероятный сценарий развития ситуации для работника в случае установления факта некачественного оказания медицинской помощи – регресс со стороны медорганизации.

В случае, когда лицо возместило вред (ущерб), причиненный другим лицом, оно имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом (ст. 1081 Гражданского кодекса РФ).

В соответствии со ст. 238 ТК РФ работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Однако материальная ответственность работника ограничена его средним месячным заработком (ст. 241 ТК РФ). Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в предусмотренных ст. 243 ТК РФ случаях, в том числе и при причинении ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда, а также причинении ущерба в результате административного правонарушения, если таковое установлено соответствующим государственным органом.

Примеры из судебной практики:

1. Заместитель главного врача по медицинской части и по совместительству врач-онколог ненадлежащим образом исполнил должностные обязанности, в результате чего погиб пациент. Суд признал врача виновным. Клиника заплатила родственникам компенсацию морального вреда в размере 2,8 млн. руб. Полную сумму расходов впоследствии взыскали с врача в порядке регресса (Решение Советского районного суда г. Тулы Тульской области от 26 февраля 2021 г. по делу N 2-14/2021, определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 25.10.2021 по делу № 88-24847/2021).

2. ГУ «Клинический кардиологический диспансер» Республики Коми подало иск против санитарки о возмещении материального ущерба. В иске указано, что медработник была признана виновной в небрежных действиях, приведших к травме пациента, и решением суда с медицинской организации была взыскана компенсация морального вреда в размере 250 000 руб. в пользу пострадавшего. В связи с этим, ГУ «Клинический кардиологический диспансер» требует с работника возместить данный ущерб (Решение Эжвинского районного суда г. Сыктывкара Республики Коми от 24 января 2024 г. по делу N 2-199/2024).

3. Начальник хирургического отделения военного госпиталя проводил операцию военнослужащему, но не соблюдал профессиональные стандарты и инструкции, в связи с чем был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 118 УК РФ. Впоследствии, военнослужащий взыскал с госпиталя компенсацию морального вреда, а госпиталь, в свою очередь обратился с иском к медицинскому работнику. Суд признал ответчика виновным и взыскал полностью сумму компенсации морального вреда в сумме 800 000 в порядке регресса с медицинского работника (Решение Центрального районного суда г. Читы Забайкальского края от 18 июня 2020 г. по делу N 2-2262/2020).

4. Формы активной защиты.

Активная защита медицинского работника в суде может включать в себя несколько аспектов, в зависимости от конкретной ситуации, а именно:

1. Подготовка и участие в деле: включает в себя сбор всех необходимых доказательств (медицинские записи, свидетельские показания, результаты экспертиз и т.д.), возможность предоставлять объяснения на заседании врачебной комиссии, изучение медицинской документации пациента, письменные пояснения, с обоснованием своих действий со ссылкой на нормативно правовые акты. Немаловажным является наличие у медицинского работника документов, связанных с его профессиональной деятельностью (трудовой договор, внутренние приказы, расчетные листки и т.д.).

2. Понимание дела и подготовка к возможным исходам: врач должен полностью понимать суть дела и все его аспекты. Это включает в себя знание всех фактов, нормативных правовых актов и процедур, которые могут повлиять на исход дела. Важно иметь план действий на случай каждого возможного исхода.

3. Найм представителя: представитель – юрист или адвокат, имеющие опыт работы в сфере медицинского права, понимание патологических процессов, свободное оперирование медицинскими терминами.

4. Подготовка к перекрестному допросу: медицинский работник должен быть готов к перекрестному допросу, который может быть проведен противоположной стороной. Это включает в себя подготовку ответов на возможные вопросы и знание своих прав и обязанностей во время перекрестного допроса.

5. Поддержание профессионализма и открытая коммуникация: медицинский работник должен всегда вести себя профессионально и уважительно в суде. А также поддерживать открытую и конструктивную коммуникацию с работодателем, в целях разрешения возможных конфликтов и споров, а также установления взаимопонимания и доверия между сторонами.

Важно помнить, что каждая ситуация уникальна, и медицинский работник должен принимать меры и консультироваться со специалистами для защиты своих прав и интересов. Не посещать судебные заседания, либо посещать, но без представителя – не самое лучшее решение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Косарев К.В. Субъекты гражданско-правовой ответственности за причинение вреда здоровью пациентов // Вестник Томского гос. ун-та. N 363/2012. С. 131.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ, КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Казанцева Ю.И.¹, Емельянцева А.С.²

*¹Корпорация медицинских юристов ООО «Школы медицинского права»
(Новосибирск)*

²ООО «Школа медицинского права» (Ставрополь)

В последнее десятилетие Россия переживает расцвет эстетической пластической хирургии. Целью эстетической хирургии являет-

ся не восстановление здоровья пациента, а повышение качества его жизни. Она направлена на улучшение внешнего вида фактически здоровых людей, а операции в большинстве случаев выполняют на нормальных, хотя и измененных с возрастом тканях [1].

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2018 г. N 298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» целью эстетической пластической хирургии являются изменение внешнего вида, формы и взаимосвязей анатомических структур любых областей человеческого тела соответственно общепринятым эстетическим нормам и представлениям конкретного пациента, включая коррекцию возрастных изменений, коррекцию последствий устранения анатомических и (или) функциональных дефектов покровных и подлежащих тканей любой локализации с помощью пластической хирургии, ведущих к улучшению качества жизни методами эстетической пластической хирургии [2].

Одной из наиболее острых проблем, связанной с эстетической пластической хирургией, является вопрос неудовлетворенности результатами эстетической операции.

В судебной практике выделяют три подхода к оценке правоприменителями качества медицинской помощи в сфере пластической хирургии.

Первый подход: оценка качества услуги предполагает анализ процесса предоставления услуг и условий их использования, а не итогового результата работы исполнителя [3]. То есть, если есть дефекты самого процесса оказания медицинской помощи независимо от результата – услуги будут считаться оказаны «некачественно».

Практика. Истце была проведена пластическая операция абдоминопластика с переносом пупка с устранением диастаза прямых мышц живота в медицинской организации Ответчика. После проведения операции истец обратила внимание, что шов от операции крайне не эстетичен. После отказа в удовлетворении требований пациентки в претензионном порядке обратилась в суд. Для правильного разрешения спора по существу, судом была назначена и проведена судебно-медицинская экспертиза. С учетом экспертного заключения суд установил, что ответчиком при оказании медицинской помощи истцу были допущены дефекты оказания медицинской помощи, неэстетичный вид рубца образо-

вался в результате дефекта техники выполнения пластической операции [4].

Второй подход: оценка качества оказанных услуг в области пластической медицины основывается исключительно на анализе более серьезных последствий пластической хирургии, а именно – вреда здоровью (отсутствия такового) вследствие проведенных манипуляций [5]. То есть, услуга будет считаться отказанной «некачественно», если в результате её оказания причинён вред здоровью пациента или имеются не предотвращённые осложнения, которые находятся в прямой причинной связи с дефектами её оказания.

Практика. В преддверии новогодних праздников истица решилась кардинально избавиться от птоза и иных вестников увядания, для чего обратилась в частную клинику с целью проведения ряда пластических вмешательств: круговой подтяжки лица (подтяжка кожи лба и бровей (фронтотемпоральный лифтинг) передним доступом в зоне роста волос, СМАС-лифтинг средней и нижней трети лица); нижней блефаропластики, липосакции подбородка.

Данное хирургическое вмешательство оказалось проведенным, по мнению истицы некачественно, что повлекло серьезные негативные последствия для здоровья истицы, и она обратилась в суд. Решением Череповецкого городского суда Вологодской области от 27 сентября 2019 года, оставленным без изменения апелляционным определением [6] судебной коллегии по гражданским делам Вологодского областного суда от 11 декабря 2019 года, в удовлетворении иска отказано. Истица обратилась в кассационный суд, который также ее жалобу оставил без удовлетворения.

Оценивая утверждения истицы о причинении ответчиком вреда её здоровью в виде повреждения правого лицевого нерва, суды обоснованно исходили из заключения экспертов БУЗ ВО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» от 04.09.2019 N 23/г-19, согласно которому тактика, избранная пластическим хирургом на операции, полностью соответствовала выраженности возрастных изменений лица пациентки. Послеоперационный период, время операции, время нахождения в стационаре и последующие рекомендации полностью соответствуют объему оперативного вмешательства. Дефектов ока-

зания медицинских услуг 3. в ООО «Красота и здоровье» не выявлено [7].

Третий подход: оценка качества предполагает неудовлетворение эстетическим результатом, если такой результат не был согласован с пациентом.

Практика. Истец обратилась в суд с иском к клинике пластической хирургии, в связи с проведением некачественной пластической операцией – эндопротезирование молочных желез имплантатами Motivia-335 ретропекторально. В своем иске пояснила, что имеются негативные последствия, в виде: явной асимметрии груди (одна грудь «смотрит» вверх, другая вниз); обе груди «висят», имея экзотически неприятный «обвисший вид»; болей в левой груди; перевернутого имплантата в левой груди. Суд, удовлетворяя исковые требования, указал, что «запланированный результат не был достигнут: запланированным результатом оперативного вмешательства по эндопротезированию молочных желез является изменение внешнего вида, формы груди соответственно представлениям конкретного пациента» [8]. Кроме того, суд указал, что судебно-медицинскими экспертами установлено, что «причинно-следственная связь между дефектом качества оказания медицинской помощи в виде отсутствия письменного согласования с пациентом степени достижения запланированного результата и наступившими последствиями в виде её неудовлетворенности эстетическим результатом операции имеется». В связи с этим суд признал оказанную медицинскую помощь истцу некачественной и удовлетворил исковые требования.

Хочется отметить, что последние годы судебная практика идет по пути третьего подхода, удовлетворяя требования пациента, если не достигнут запланированный результат пластической операции – изменение внешнего вида, формы и взаимосвязей анатомических структур любых областей человеческого тела соответственно общепринятым эстетическим нормам и представлениям конкретного пациента (в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия») [9,10].

Пути решения:

- оформление письменных информированных добровольных согласий с пациентом, указывая степень достижения запланированного результата;

- фотофиксация (разработка и заполнение документов) процессов лечения;
- создание графических изображений зоны хирургического вмешательства и согласование с пациентом запланированного результата.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Сайтова А.А., Боташев А.С., Ермолаева Е.В. Эстетическая медицина: проблемы и противоречия// Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2016. Volume 6. Issue 1.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2018 г. N 298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»// «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 22 июня 2018 г.
3. Санникова Л.В. Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве: Автореф. дисс. на соискание уч. ст. д-ра юрид. наук. М., 2007.
4. Апелляционное определение СК по гражданским делам Московского областного суда от 31 января 2024 г. по делу N 33-4664/2024// СПС Гарант (дата обращения 30.03.2024).
5. Гришин С.М. Дефекты медицинских услуг в пластической хирургии. Медицина. М. 2016. URL: <https://www.fsmj.ru/download/13/04.pdf>
6. Апелляционное определение СК по гражданским делам Вологодского областного суда от 11 декабря 2019 г. по делу N 33-6679/2019// СПС Гарант (дата обращения 30.03.2024).
7. Определение СК по гражданским делам Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 24 августа 2020 г. по делу N 8Г-7894/2020[88-11192/2020] // СПС Гарант (дата обращения 30.03.2024).
8. Решение Мещанского районного суда г. Москвы от 26 мая 2023 г. по делу N 02-1451/2023// СПС Гарант (дата обращения 30.03.2024).
9. Решение Промышленный районный суд города Оренбурга от 28 июня 2023 г. по делу №2-39/2023// СПС Гарант (дата обращения 30.03.2024).
10. Решение Головинского районного суда г. Москвы от 10 октября 2023 г. по делу N 02-1849/2023// СПС Гарант (дата обращения 30.03.2024).

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПРИ НАРУШЕНИИ ЛИЧНЫХ НЕИМУЩЕСТВЕННЫХ ПРАВ

Кашка Д.А.

*Коллегия адвокатов «Законъ» адвокатской палаты Ставропольского края
(Ессентуки)*

На сегодняшний день законодатель указал на критерии определения размера компенсации морального вреда в статьях Гражданского кодекса.

Степень вины нарушителя, напрямую зависит от формы вины: неосторожности, умысла, однако не установлен единый размер компенсации, не учитываются индивидуальная ситуация пострадавшего, особые обстоятельства, требующие повышенного внимания суда. Такой подход явно не обеспечивает объективного рассмотрения дела. Закон также не закрепляет ни единых методов оценки физических и нравственных страданий (так как невозможно высчитать эквивалент размера компенсации глубине перенесенных страданий), ни каких-либо пределов денежной компенсации морального вреда; ни разъясняющих методик определения самого размера присуждаемой суммы.

Особенно остро стоит вопрос о неопределенности размеров компенсации морального вреда именно в случаях причинения вреда жизнью и здоровью, ввиду исключительной важности этих принадлежащих гражданину от рождения нематериальных благ.

Кроме того, не существует возможности объективно оценить моральный вред, основываясь, например, на рыночных показателях, на которые, в свою очередь, ориентируются при доказывании убытков – в этом и проявляется ключевое различие.

Определение размера морального вреда – один из проблемных вопросов гражданско-правового института. Это связано с тем, что в российском законодательстве нет четко сформулированных критериев и способов компенсации морального вреда [1, с. 5].

С вступлением в силу части 2 ГК РФ эти критерии были дополнены другими критериями, установленными ст. 1101, к которым относятся требования разумности и справедливости. Характер физических и психических страданий должен оцениваться судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен мораль-

ный вред, и индивидуальных характеристик потерпевшего. Однако в законе нет указаний о том, как рассчитать размер морального вреда, подлежащего компенсации, и как измерить степень и глубину страданий.

Понятия «степень страданий» и «характер страданий» законодателем не разъясняются. «Степень» подразумевает сравнение явлений, а «характер» – уникальные признаки.

Требование разумности и справедливости, заключается в соразмерности назначаемой судом компенсации глубине страданий, в связи с тем, что глубина страданий не поддается точному измерению [3, с. 44].

Упоминание законодателем степени страдания, связанного с индивидуальными характеристиками жертвы, предполагает наличие определенной средней глубины страдания, но законодатель конкретно не указывает, как его определять.

Презюмируемый моральный вред – это страдания, которые, по общему представлению, должен испытывать (не может не испытывать) «средний», «нормально» реагирующий на совершение в отношении него противоправного деяния человек [2, с. 44-46]. По существу, презюмируемый моральный вред отражает общественную оценку противоправного деяния.

При рассмотрении дел о компенсации морального вреда, суд зачастую в несколько раз уменьшает заявленную истцом сумму, не обосновывая свое решение каким-либо определенным алгоритмом расчета суммы возмещения.

Значительную часть дел по возмещению морального вреда составляют иски, связанные с причинением вреда здоровью и смерти по неосторожности в результате дорожно-транспортного происшествия (далее – ДТП), врачебных ошибок, производственных травм.

Вопрос о компенсации морального вреда – это очень важная в социальном и правовом отношении тема, которой суждено сыграть заметную роль в современных общественных отношениях. Во многих случаях человек может претерпеть моральные или физические страдания, включая правонарушение других лиц, но право на компенсацию морального ущерба возникает только при определенных условиях и обязательствах по компенсации.

Большинство судей говорит о том, что они «не любят» рассмотрение дел о компенсации вреда, так как им необходимо необосно-

ванно либо выполнить требования истцов, либо назначать какую-то иную сумму. Как говорят сами судьи, причина данной ситуации в том, что отсутствует единый метод определения размера компенсации морального вреда.

После того, как была принята вторая часть ГК РФ, эти критерии были дополнены критериями, установленными в ст. 1101 ГК РФ.

Критериями определения размера компенсации морального вреда являются степень вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда, а также степень и характер физических и нравственных страданий потерпевшего, которые необходимо оценивать с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен вред.

Упоминание законодателем степени страданий, связанной с индивидуальными особенностями потерпевшего, предполагает наличие некоей средней степени страданий, но о ее учете законодатель не делает специального указания, поскольку наличие страданий, т.е. морального вреда – это необходимое условие возникновения права на компенсацию морального вреда вообще, и законодатель делает акцент на те критерии, которые позволяют определить размер компенсации применительно к конкретному делу.

Согласно этой норме при невозможности использования аналогии закона права и обязанности сторон определяются исходя из общих начал и смысла гражданского законодательства (аналогия права) и требований добросовестности, разумности и справедливости. Эти понятия суд может использовать как опору в том случае, если есть пробел в законе и судьям необходимо дать волю для принятия решения по делу.

Действующий подход является очень субъективным и следует законодательно закрепить объективный критерий определения компенсации и основания, которые влекут увеличение или уменьшение размера компенсации морального вреда. Также нужно установить частные критерии размера компенсации в отношении неимущественных прав. Касательно критерия вины следует говорить не только о степени вины правонарушителя, но и о форме вины (при умысле размер компенсации должен быть больше, чем при неосторожности).

Необходимо регулировать законодательно возможность добровольного возмещения морального вреда и условий присуждения

компенсации, а также передачу права на компенсацию морального вреда по наследству.

При отсутствии точного критерия для измерения степени страданий, позволяющего перевести данную степень в денежную форму, будет разумно и справедливо, если при причинении большей степени страданий, будет больший размер компенсации морального вреда.

Страдания невозможно оценить в денежной форме. Материальная компенсация за причинение морального вреда направлена на сглаживание конфликта, на вызов положительных эмоций у пострадавшего, возможно даже на психологическое восстановление.

Формирование цифровой реальности нашего времени, в которой граждане подвергаются противоправным действиям в социальных сетях, распространению негативных сведений в интернете создает у пользователей и лиц, прочитавших указанную информацию, негативное мнение об истце, порочат ее честь, достоинство и деловую репутацию, что также является основанием для компенсации морального вреда.

Согласно указанию Верховного Суда РФ, при взыскании денежных сумм компенсации морального вреда суду следует учитывать реальные возможности физического лица для его возмещения. Данное предложение не должно распространяться на рассмотрение тех дел, в которых причинителем вреда является юридическое лицо.

Выводы. Проанализировав гражданское законодательство, фундаментальные труды и публикации ученых юристов, правоприменительную практику, мы пришли к выводу, что механизм компенсации морального вреда нуждается в дальнейшем совершенствовании, вследствие существования определенных проблем, требующих практического решения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бисултанова А.А. Теоретические основы бюджета как экономической категории / А.А. Бисултанова // Экономика и социум. – 2018. – № 6. – С. 5
2. Будякова Т.П. Индивидуальные особенности потерпевшего как критерий степени нравственных и физических страданий / Т.П. Будякова // Российская юстиция. – 2018. – № 2. – С. 57.
3. Эрделевский А.М. Компенсация морального вреда / А.М. Эрделевский. – М.: 2018. – 98 с.

О КАЧЕСТВЕ ВОПРОСОВ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТНЫМ КОМИССИЯМ

Конотопцева Ю.В.¹, Плакущева Я.Б.², Каменев М.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Новосибирск)

²ГБУЗ НСО «Новосибирское областное клиническое бюро
судебно-медицинской экспертизы» (Новосибирск)

В практике правоохранительных органов судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) является одних из важных доказательств по так называемым «врачебным делам». От адекватной постановки вопросов перед судебно-медицинской экспертной комиссией во многом зависит конечный результат судебно-медицинской экспертизы. В последние годы в научных источниках появляются данные о том, что одной из существенных проблем при назначении экспертиз по «врачебным делам», кроме необоснованно большого количества поставленных вопросов, является формулирование вопросов, выходящих за пределы компетенции судебно-медицинских экспертов [1, 2]. Ситуация усложняется необходимостью привлечения специалистов узкой профессиональной направленности, которым достаточно трудно ориентироваться в вопросах компетенции экспертных комиссий. Как следствие, сформулированные врачами-клиницистами ответы на поставленные некорректные вопросы, необходимо подвергать изменениям, что значительно повышается трудоемкость процесса производства таких судебно-медицинских экспертиз и увеличивает сроки их производства.

С целью анализа вопросов, сформулированных следователями и судами при назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях, нами были проанализированы судебно-медицинские экспертизы по «врачебным делам» за период с 2021 по 2023 гг., выполненные в отделе сложных экспертиз ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ».

В таблице 1 представлены комиссионные судебно-медицинские экспертизы по «врачебным делам», выполненные по Постановлениям и Определениям органов дознания, предварительного следствия и суда.

Таблица 1

Общее количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в зависимости от учреждения назначившего судебно-медицинскую экспертизу за период 2021-2023 гг.

Учреждения, назначившие СМЭ	2021		2022		2023		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
СУД	1	2,1	1	1,6	2	18,2	4	3,3
СУ СК	40	85,1	55	91,7	9	81,8	104	88,1
МВД	6	12,8	4	6,7	-	-	10	8,6
Итого	47	39,8	60	50,8	11	9,3	118	

Из таблицы 1 видно, что основное количество судебно-медицинских экспертиз за период с 2021г. по 2023 г. было назначено из подразделений Следственного управления Следственного комитета РФ по Новосибирской области. Реже экспертизы по «врачебным делам» назначались следователями районных и областных структур Министерства внутренних дел.

Таблица 2

Общее количество СМЭ с вопросами вне компетенции врачей СМЭ в зависимости от учреждения назначившего судебно-медицинскую экспертизу за период 2021-2023 гг.

Учреждения, назначившие СМЭ	2021		2022		2023		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
СУД	-	-	-	-	1	11,1	1	1,3
СУ СК	32	94,1	31	93,9	8	88,9	71	93,4
МВД	2	5,9	2	6,1	-	-	4	5,3
Итого	34	44,7	33	43,4	9	11,9	76	

Судебно-медицинские экспертизы, в которых фигурировали вопросы, не входящие в компетенцию экспертных комиссий составили в абсолютных единицах 76 случаев, что в процентном соотношении составляет 64,4% от общего количества СМЭ по «врачебным делам», выполненным за период с 2021 г. по 2023 г. При этом, наибольшее количество случаев приходится на судебно-медицинские экспертизы, назначенные подразделениями СУ СК РФ по Новосибирской области (93,4% случаев). Необходимо отметить, что этот показатель подвержен только незначительным колебаниям на протяжении анализируемого периода.

Анализ конкретных экспертных случаев показал, что в основном на разрешение судебно-медицинских экспертных комиссий ставятся вопросы, в которых врачам СМЭ необходимо установить конкретное лицо, допустившее дефект оказания медицинской помощи («Кем конкретно допущены дефекты оказания медицинской помощи?»). В части экспертных наблюдений были заданы вопросы о причинах допущения дефектов оказания медицинской помощи – «Чем объясняется недостаточная медицинская помощь?»; некорректной можно назвать и формулировку вопросов о наличии или отсутствии в действиях (бездействиях) врача признаков «врачебной ошибки», «несчастливого случая» или «неоказания помощи больному», являющихся юридическими понятиями.

Достаточно часто при назначении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» ставятся вопросы о качестве оказания медицинской помощи, например: «Имеет ли место некачественная, неквалифицированная медицинская помощь со стороны врачей ... ?»; «Соответствует ли качество оказания медицинской помощи клинической ситуации?» или «Является ли смерть С. результатом некачественно проведенного лечения?». Формально же, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» оценка качества и безопасности медицинской помощи на территории РФ является прерогативой экспертов качества медицинской помощи.

Часть анализируемых нами экспертных наблюдений касалась вопросов, ответы на которые можно получить исключительно в ходе процессуальных действий. Например: «Мог ли знать М. о возможном нарушении сознания при имеющихся у него заболеваниях?» или «Имеются ли объективные обстоятельства, препятствующие проведению электрокардиографии в конкретном лечебном учреждении?» и т.д.

Некоторые вопросы однозначно выходили за пределы компетенции судебно-медицинских экспертных комиссий, так как для ответов на такие вопросы не существует медицинских критериев ответа («При реабилитации назначения делаются за счет медицинского учреждения или за счет переболевшего коронавирусом?» и пр.).

Ответы на такие или подобные вопросы, как правило, заключаются в указании невозможности ответить на них в рамках

судебно-медицинской экспертизы, в связи с тем, что эти вопросы выходят за пределы компетенции судебно-медицинских экспертных комиссий.

Вопросы, которые однозначно допустимо ставить на разрешение комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» определяют наличие или отсутствие дефектов оказания медицинской помощи, прямой причинно-следственной связи между допущенными дефектами и наступившими неблагоприятными последствиями, а так же ряд смежных вопросов. Необоснованное увеличение количества вопросов, касающихся оказания медицинской помощи, их излишняя детализация, как правило, приводит к формулированию некорректных, не соответствующих компетенции судебно-медицинских экспертов вопросов, ответы на которые требуют времени, но не несут необходимой для процесса суда и следствия смысловой нагрузки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Зиненко Ю.В. и соавт. Актуальные проблемы, связанные с назначением комиссионных судебно-медицинских экспертиз / Ю.В. Зиненко [и др.] // Научный компонент. 2019. № 4 С. 112-121.
2. Ковалев А.В. и соавт. Пределы экспертной компетенции в оценке нарушений требований ведомственных нормативных правовых документов при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» / А.В. Ковалев [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. 2014. № 5 С. 21-23.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ

Кошляк Д.А.

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

В последние годы наметилась устойчивая тенденция увеличения количества проводимых судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовно-процессуальных проверок, а также по мате-

риалам уголовных и гражданских дел, связанных с правонарушениями медицинских работников [1]. Отчасти, это связано с тем, что работа практического врача ежедневно связана с оказанием медицинской помощи пациентам в различных ситуациях, особенно в ургентной хирургии, по экстренным показаниям, при неполном обследовании, тяжелом состоянии пациента, атипичным клиническим течением заболевания или травмы. Нередко в таких условиях врачами допускаются недостатки в оказании медицинской помощи [2]. По этой причине в отделах сложных экспертиз территориальных Бюро, проводимые судебно-медицинские экспертизы по так называемым «врачебным делам» нередко преобладают над другими экспертизами.

Органами следствия и суда на судебно-медицинскую службу возложены «приоритетные» задачи по выявлению, анализу недостатков оказания медицинской помощи, установлению причинно-следственной связи между выявленными недостатками и неблагоприятным исходом.

При производстве судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» экспертной комиссией приходится решать достаточно большой перечень вопросов: каким заболеванием страдал гражданин при жизни; какой и правильно ли был установлен диагноз пациенту в анализируемый период оказания медицинской помощи; в полном ли объеме, своевременно проведены обследование, лечение; есть ли недостатки оказания медицинской помощи и их причинная связь с неблагоприятным исходом и т.д.

Данные судебно-медицинские экспертизы являются одними из самых трудоемких и проводятся комиссионно, с привлечением высококвалифицированных врачей – клиницистов. Кроме материалов дела, содержащих допросы и объяснения потерпевших, подозреваемых, свидетелей, результаты внутриведомственных проверок и т.д., объектами судебно-медицинской экспертизы являются медицинские документы [3].

Именно медицинские документы являются основным вещественным доказательством по делу. Это могут быть истории болезни, медицинские карты стационарного и амбулаторного больного, результаты лабораторных и инструментальных методов исследований, заключения врачей узких специалистов и т.д. Важно отметить, что в случае наступления летального исхода обязательным объектом

судебно-медицинской экспертизы должны быть протокол патолого-анатомического исследования трупа и микроскопические препараты органов и тканей.

При наличии необходимых материалов для производства судебно-медицинской экспертизы каких-либо методологических трудностей у судебно-медицинской экспертной комиссии, как правило, не возникает.

Порядок проведения вскрытия тела человека определяется ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4], приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179 «О правилах проведения патологоанатомических исследований» [5], приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 6.06.2013 г. № 354н “О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий” патолого-анатомические вскрытия проводятся в патолого-анатомических бюро или патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания [6].

В соответствии с п. 3. Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий, по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

е) рождения мертвого ребенка;

ж) необходимости судебно-медицинского исследования.

В случаях отказа родственников умершего от проведения патологоанатомического вскрытия в медицинской организации не редко составляется документ о том, что родственники каких-либо претензий к медицинской организации относительно настоящего факта оказания медицинской помощи не имеют.

В последние годы в нашей экспертной практике стали встречаться случаи производства судебно-медицинских экспертиз как по материалам уголовно-процессуальных проверок, так и по материалам гражданских дел по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, когда патологоанатомическое исследование трупа, лица умершего в медицинской организации, не проводилось. Во всех случаях основанием назначения судебно-медицинских экспертиз были обращения родственников умерших в Следственный Комитет или суд. Причем, данные обращения регистрировались спустя несколько лет после смерти родственников в медицинской организации.

Аутопсия трупа человека является «золотым стандартом» установления причины смерти и диагноза заболевания. При отсутствии патологоанатомического вскрытия судить о причине смерти и диагнозе заболевания можно было только по результатам исследования медицинской документации, а также результатам лабораторных и инструментальных методов исследования, и то только в вероятной форме. В ряде случаев в виду низкого качества оформления медицинской документации, отсутствии периодичности в лабораторных

и инструментальных методах исследования, вообще судить о причине смерти не представилось возможным. Это особенно актуально при наличии нескольких заболеваний, сочетании заболевания и травмы, когда каждое из которых могло привести к смерти пациента. Конечно, ценность такого заключения эксперта, с позиции доказывания, не велика. Ситуация усложняется, если тело покойного было подвергнуто кремации.

По материалам «врачебных дел» именно заключение эксперта часто является единственным и основным доказательством по делу, поскольку ни следователь, ни суд не компетентны в медицинских вопросах и не могут без проведения судебно-медицинской экспертизы самостоятельно оценить предоставляемые сторонами доказательства по делу. Именно на основании экспертного заключения следователь и суд принимают единственно верное процессуальное решение по делу.

В гражданском судопроизводстве бремя доказывания и бремя убеждения, по оспариваемым фактам возлагается на каждую из сторон суда [7]. Сторона, заявляющая интересы истца, сначала представляет доказательства, а затем сторона ответчика, т.е. медицинская организация, представляет свои доказательства по делу. Если медицинская организация не может представить достаточные доказательства, для опровержения факта заявленного стороной истца, то заявления истца судом могут быть расценены как доказанные. При отсутствии патологоанатомического вскрытия, медицинской организации достаточно сложно доказать факты правильно установленного диагноза заболевания, проведенного обследования и лечения, а также причины смерти.

Важное значение в разрешении судебного спора имеет решение вопроса, а были ли основания для проведения аутопсии, обосновано ли тело было выдано родственникам без проведения патологоанатомического вскрытия. Этот вопрос также решается в рамках проводимой судебно-медицинской экспертизы. В случае не проведения патологоанатомического вскрытия при наличии его оснований для проведения, суд, как правило, по ряду претензий к медицинской организации принимает сторону истца.

Учитывая вышеизложенное, следует сделать вывод, что в случае смерти пациента в медицинской организации при решении

вопроса о необходимости проведения патологоанатомического вскрытия, необходимо соблюдать требования приказа Министерства здравоохранения РФ от 6.06.2013 г. № 354н “О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий”. Поскольку подтверждение установленной в медицинской организации причины смерти и диагноза заболевания у пациента, имеет важное значение в разрешении судебного спора и сможет защитить медицинскую организацию от судебных расходов. Как возможную альтернативу патологоанатомического вскрытия, когда родственники покойного, отказываются от проведения патологоанатомического вскрытия, следует рекомендовать медицинским организациям проводить виртуальную аутопсию, т.е. исследование трупа с помощью компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по “врачебным делам” // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. Т. 64. № 1. С. 5-11.
2. К вопросу о ведомственном взаимодействии при проведении экспертиз качества оказания медицинской помощи / Шадымов А.Б., Зайцев А.Б., Лютикова В.И. и др. // Вестник судебной медицины. – 2023. – Т. 12, № 3. – С. 26-30.
3. 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.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
5. О правилах проведения патолого-анатомических исследований: приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179.
6. О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий: приказ Министерства здравоохранения Рос. Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н.
7. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 N 138-ФЗ.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Ясавиева Е.С., Черняева А.К.

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

Врачебная тайна в последнее время становится «жарким» предметом обсуждения специалистами здравоохранения. Согласно статье 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» (далее – ФЗ № 323) [1] к ней относятся сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Указом Президента РФ от 06.03.1997 № 188 [2] врачебная тайна отнесена к перечню сведений конфиденциального характера, доступ к которым ограничен в соответствии с Конституцией РФ и федеральными законами.

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, по общему правилу, допускается только с письменного согласия гражданина или его законного представителя (ч. 3 ст. 13 ФЗ № 323) [1].

Однако, судами неоднократно установлено, что после смерти пациента данные можно передать близкому родственнику, даже если он не указан в согласии на передачу сведений [3, 4]. Отказ в выдаче документов правомерен, когда пациент при жизни прямо запретил раскрывать сведения, которые составляют врачебную тайну.

Возникают ситуации, когда медицинские данные требуются для решения вопросов о назначении страховых выплат. Суды, как правило, поддерживают отказы в выдаче документов по такому запросу банковских и страховых организаций. Так, в деле Арбитражного суда Московской области № А41-70097/2023 было установлено, что после смерти пациента страховая организация запросила в фонде ОМС сведения об обращениях пациента в медучреждения. Фонд отказал, аргументируя тем, что у него нет согласия пациента на передачу сведений, составляющих врачебную тайну. Постановлением Десятого арбитражного апелляционного суда от 07.02.2024 № 10АП-26503/2023 по делу № А41-70097/2023 [5] позиция фонда ОМС была усилена.

За разглашение врачебной тайны медицинские работники могут быть привлечены к дисциплинарной, административной, гражданско-правовой и уголовной ответственности. Далее рассмотрим условия привлечения.

Административная ответственность установлена статьей 13.14 КоАП РФ [6], которая предусматривает наказание для граждан в размере от пятисот до одной тысячи рублей; для должностных лиц – от четырех тысяч до пяти тысяч рублей. Правом на возбуждение дела об административном правонарушении по данной статье обладает прокурор.

Прокуратурой г. Оренбурга выявлен факт размещения на странице, зарегистрированной на имя Сергея П., видеозаписи, на которой демонстрируется ребенок мужского пола, пациент больницы, с явными признаками различных заболеваний. Согласно результатам проведенной проверки, видеозапись произведена врачом ГАУЗ г. Оренбурга П. и им же размещена на своей странице в социальной сети. На записи изображен ребенок, проходивший лечение в детском стационаре названного медицинского учреждения летом 2012 г., одним из его лечащих врачей являлся П. Видеоролик размещен в социальной сети 19 января 2016 г. На момент проверки его просмотрели 21 раз. Факт совершения П. административного правонарушения подтверждается собранными по делу доказательствами. При таких обстоятельствах действия П. мировым судьей правильно квалифицированы по ст. 13.14 КоАП [7].

Уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны наступает в соответствии со статьей 137 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) «Нарушение неприкосновенности частной жизни» [8].

Проведенный нами анализ судебной практики позволяет утверждать, что действия медицинских работников по разглашению врачебной тайны квалифицируются по части 2 статьи 137 Уголовного кодекса – распространение сведений с использованием служебного положения.

Так, например, главный врач частной медицинской организации письменно сообщил работодателю пациента о наличии у последнего заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека. За что был осужден к штрафу в размере 100 000 рублей по части 2 статьи 137 УК РФ [9].

Следует отметить, что уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны может наступить и после смерти пациента. Так, в городе Пенза 11 мая 2021 года фельдшер по приему вызовов скорой помощи отправила агенту ритуальной службы в смс-

сообщении сведения о смерти пациента, адрес умершего и номер телефона сестры умершего. Суд признал фельдшера виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 137 УК РФ, и назначил ей наказание в виде штрафа в размере 120 000 рублей. Суд апелляционной инстанции снизил размер штрафа до 100 000 рублей [10].

Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ) врачебная тайна отнесена к нематериальным благам [11]. Согласно ст. 151 ГК РФ если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

При этом юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей (ст. 1068 ГК РФ) [12]. Соответственно, надлежащим ответчиком по делу о взыскании компенсации морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны, будет медицинская организация.

Однако, на практике могут возникать случаи, когда на момент предъявления иска, медицинская организация ликвидирована. Возможно ли привлечь к ответственности учредителей?

По общему правилу, участник юридического лица не отвечает по обязательствам юридического лица. Однако, например, исключение общества с ограниченной ответственностью из Единого государственного реестра юридических лиц по решению налогового органа влечет для учредителей риски привлечения к субсидиарной ответственности по обязательствам общества (п. 2 ст. 56 ГК РФ, п. 3.1 ст. 3 Федерального закона от 8 февраля 1998 г. № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью» [13]).

Так, в марте 2017 года пациент обратился в ООО НПО «Центр Трихологии и Онихологии» для получения косметологической услуги по пересадке волос. В 2018 году пациент увидел свои фотографии «до/после» на сайте медицинской организации, согласия на их размещение пациент не давал. На момент подачи иска ООО прекратило свою деятельность, поэтому пациент предъявил требование к единственному учредителю клиники. Исковые требования были удовлет-

ворены. Примечательно, что учредитель клиники была одновременно и лечащим врачом истца, а также владельцем домена сайта, на котором были размещены фотографии [14].

Учитывая, что на требования, вытекающие из нарушения нематериальных благ гражданина, исковая давность не распространяется, ситуация с привлечением учредителя к субсидиарной ответственности за разглашение сведений представляется вполне обоснованной (ст. 208 ГК РФ).

Иск о компенсации морального вреда может быть заявлен как в уголовном процессе, так и в качестве самостоятельного иска.

Если имеется приговор суда по делу о разглашении врачебной тайны, которым виновное лицо привлечено к ответственности, то факт причинения морального вреда пациенту не нуждается в доказывании [15, п. 17]. При этом важно отметить, что в гражданском деле состав правонарушения самостоятелен.

Так, например, дочь умершего в результате самоубийства мужчины обратилась в суд с иском о компенсации морального вреда, причиненного тем, что фельдшер скорой помощи рассказала соседям умершего, что «он перерезал себе вены». На момент рассмотрения иска в возбуждении уголовного дела было отказано, приговор суда о признании фельдшера виновной отсутствовал. Однако исковые требования к Больнице скорой помощи частично удовлетворены (взысканы 5000 рублей из запрашиваемых 500 000) [16].

Следует отметить, что не всякое распространение сведений о пациенте может быть признано нарушением врачебной тайны.

В уже рассмотренном нами случае с ООО НПО «Центр Трихологии и Онихологии» без согласия пациента на сайте размещены фотографии. Пациент требовал компенсацию 100 000 руб. за публикацию изображения и 100 000 руб. за разглашение факта обращения гражданина за медицинской помощью. Исковые требования были удовлетворены частично, с ответчика взыскано 10 000 рублей компенсации за незаконное использование изображения гражданина, в остальной части иска отказано. По мнению суда, обнародованные изображения истца не содержали сведений, позволяющих идентифицировать истца и определить содержание предоставленных именно ему медицинских услуг, а потому факт разглашения врачебной тайны не нашел подтверждения.

Здесь следует отметить, что в каждом конкретном случае вопрос возможности идентификации пациента рассматривается судом с учетом конкретных обстоятельств дела.

Интересным практическим вопросом является передача сведений, относящихся к врачебной тайне, работодателю пациента.

Суд посчитал, что санитарка, продемонстрировавшая работодателю пациента лист медицинского осмотра последнего, нарушила врачебную тайну. Исковые требования удовлетворены частично – с больницы взыскано 10 000 рублей в качестве компенсации морального вреда [17].

При этом в другом деле, где сотрудник поликлиники сообщила работодателю о факте открытия листка нетрудоспособности (без уточнения обстоятельств), в удовлетворении требований истца-пациента о компенсации морального вреда было отказано. Суд посчитал, что законом работодателю дозволено запрашивать сведения о состоянии здоровья работника, относящиеся к вопросу о возможности выполнения работником трудовой функции [18].

Таким образом, в делах, связанных с врачебной тайной в трудовых отношениях, исход зависит от объема сведений и обстоятельств их передачи работодателю.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// Российская газета, № 263, 23.11.2011.
2. Указ Президента РФ от 06.03.1997 № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера»// Собрание законодательства РФ, 10.03.1997, № 10, ст. 1127.
3. Определение Седьмого кассационного суда общей юрисдикции от 23.08.2023 № 88-14399/2023 //СПС «Консультант Плюс» (дата обращения:27.03.2024 г.).
4. Кассационное определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 14.06.2023 № 88А-12763/2023 //СПС «Консультант Плюс» (дата обращения:27.03.2024 г.).
5. Постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 07.02.2024 № 10АП-26503/2023 по делу № А41-70097/2023 //СПС «Консультант Плюс» (дата обращения:27.03.2024 г.).

6. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 07.01.2002, № 1 (ч. 1), ст. 1.
7. Постановление Оренбургского областного суда от 09.02.2018 № 4а-45/2018
8. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, № 25, ст. 2954.
9. Апелляционное постановление Суда Ямало-Ненецкого автономного округа от 30 октября 2023 г. по делу № 22-1035/2023 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).
10. Приговор Ленинского районного суда г. Пензы Пензенской области от 15 февраля 2023 г. по делу № 1-27/2023, Апелляционное постановление СК по уголовным делам Пензенского областного суда от 03 мая 2023 г. по делу № 22-499/2023 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).
11. Часть первая Гражданского кодекса Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г. № 32 ст. 3301.
12. Часть вторая Гражданского кодекса Российской Федерации от 26 января 1996 г. № 14-ФЗ // Собрании законодательства Российской Федерации от 29 января 1996 г. № 5 ст. 410.
13. Федеральный закон от 08.02.1998 № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью» // Собрание законодательства РФ, 16.02.1998, № 7, ст. 785.
14. Апелляционное определение СК по гражданским делам Свердловского областного суда от 07 апреля 2022 г. по делу № 33-4558/2022 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).
15. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).
16. Апелляционное определение СК по гражданским делам Нижегородского областного суда от 06 декабря 2022 г. по делу № 33-16120/2022 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).
17. Решение Магаданского городского суда Магаданской области от 29 августа 2023 г. по делу № 2-2824/2023 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).
18. Апелляционное определение СК по гражданским делам Верховного Суда Республики Коми от 12 ноября 2020 г. по делу № 33-5530/2020 // СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 27.03.2024 г.).

ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ВОЗМОЖНОГО ОТКАЗА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Морозов С.М.

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

Здоровье – одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение все остальные блага. Проблемы со здоровьем могут возникнуть у любого человека, любого пола, возраста и гражданства. Поэтому охрана здоровья и медицинская помощь гарантируется государством всем гражданам Российской Федерации, Данные гарантии закреплены в Конституции Российской Федерации. Законодательство РФ устанавливает, что принципами охраны здоровья граждан являются: соблюдение прав человека и гражданина в области здравоохранения и соответствующие государственные гарантии; приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов и учреждений публичной власти, должностных лиц, а также предприятий, учреждений, организаций независимо от форм собственности за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Согласно ст. 41 Конституции РФ, каждый гражданин Российской Федерации имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической

культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Скрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Исходя из этой нормы, можно говорить, что за оказанием медицинской помощи может обратиться любой гражданин. Однако, могут возникнуть ситуации, когда медицинская помощь потребуется не только гражданину РФ, но и иностранному гражданину (трудоуемому мигранту), или лицу без гражданства. Рассмотрим ситуацию как должна оказываться медицинская помощь во всех этих случаях, и возможен ли в каких-то случаях отказ в оказании этой помощи.

Первоначально разберем ситуацию с иностранными гражданами. По существующим правилам, право на оказание медицинской помощи иностранному гражданину и лицу без гражданства, дает наличие у него медицинского полиса. Согласно ст. 8 и ст. 12 Федерального закон от 14.07.2022 N 237-ФЗ (ред. от 10.07.2023) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», въезжать на территорию Российской Федерации без медицинского полиса нельзя. Иностраннй гражданин обязан иметь на руках полис в первый же день пребывания в РФ. Оформить его можно заранее, и в день приезда полис должен быть. Возможно оформление как полиса ОМС, так и при желании полиса ДМС. В полисе ДМС территорией действия необходимо указать «вся территория Российской Федерации». Если у иностранного гражданина, или лица без гражданства, нет полиса ОМС или ДМС, при обнаружении этого нарушения, согласно пункту 8 статьи 18 «Кодекса Российской Федерации об административных нарушениях» (КоАП РФ), ему грозит административная ответственность в виде штрафа от 2 000 до 7 000 рублей. Если в течение года иностранный гражданин будет дважды задержан, и при проверке будет установлено отсутствие страхового полиса, он может быть выдворен за пределы Российской Федерации с запретом на въезд. При этом полис ОМС или ДМС иностранца должен быть действительным. Без актуального документа работодатель (имеются в виду трудовые мигранты) по закону не может допустить иностранца к работе. В случае если полис просрочен, человека могут отстранить от работы и уволить, если он не оформит новый документ. Наличие страхового полиса у иностранного гражданина га-

рантирует ему возможность получить квалифицированную медицинскую помощь. Следовательно, если иностранный гражданин обратился в медицинское учреждение любой формы собственности с желанием получить плановую медицинскую помощь, и у него на руках не будет страхового медицинского полиса, ему в этом случае могут отказать, и предложить получить полис ОМС, или приобрести полис ДМС. Если мигрант не зарегистрирован в системе ОМС или ДМС, он может рассчитывать только на экстренную медпомощь, как предусмотрено п. 1 ч. 4 ст. 32 Закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», либо оплачивать каждую медуслугу отдельно. Бесплатно медики примут пациента только при угрозе его жизни.

Если в медицинское учреждение обращается гражданин Российской Федерации, то здесь возможны различные жизненные ситуации, когда обратившийся за оказанием медицинской помощи может получить отказ в немедленном оказании ему медицинской помощи. Разберем возможные варианты, с которыми можно столкнуться при обращении в медицинское учреждение. Согласно ст. 10, ст. 21 ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», доступность и качество медицинской помощи в РФ обеспечивается принципом приближенности к месту жительства, месту работы, или месту обучения граждан. При этом у гражданина имеется возможность выбора медицинской организации и врача (не чаще чем один раз в год) в соответствии с настоящим Федеральным Законом. Данное право может быть реализовано гражданином путем подачи заявления самостоятельно, либо через своего законного представителя на имя руководителя медицинской организации. Если пациент не прикреплен к данному медицинскому учреждению, и ему не требуется экстренная медицинская помощь, ему могут отказать в приеме, и предложить прикрепиться к данному медицинскому учреждению, или обратиться к врачу по месту жительства (прикрепления). Кроме этого, на основании ст. 20 п. 1 ФЗ 323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», гражданину при обращении за оказанием медицинской помощи, может быть отказано, если он отказался давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Но данная норма действует только в случае оказания плановой медицинской помощи.

Главное, что нужно знать, что отказ в оказании экстренной медицинской помощи не допускается ни при каких обстоятельствах. Данные факты зафиксированы в статье 11 ФЗ № 323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», там говорится о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи. Формулировка данной статьи гласит:

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. При этом в формулировке данной статьи нет указаний на возраст, пол, гражданство, и др. данные. Т.е. любой человек, при возникновении проблем со здоровьем, и нуждающийся в оказании экстренной медицинской помощи, имеет право обратиться в любое медицинское учреждение, не предъявляя документы, удостоверяющие личность и полис медицинского страхования, а медицинская помощь должна быть оказана ему бесплатно и безотлагательно.

При этом необходимо разобраться с формами оказания медицинской помощи. В ст. 32 п. 4 ФЗ 323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», дается определение следующим формам медицинской помощи:

1) *экстренная* – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (это, такие состояния и заболевания как острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, острая и массивная кровопотеря при травмах, и др. подобные состояния, когда при неоказании квалифицированной медицинской помощи, смерть больного может наступить в течение нескольких десятков секунд – минут);

2) *неотложная* – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (т. е. непосредственно в момент обращения за медицинской помощью угрозы

жизни больного нет, но она может возникнуть впоследствии, что требует оказания медицинской помощи в течение нескольких часов-десятков часов. Данные состояния могут возникнуть, например, при остром аппендиците, панкреатите, пневмонии и др. состояниях и заболеваниях);

3) *плановая* – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью (это например, острые заболевания без угрозы жизни пациента, плановые оперативные вмешательства и другие подобные состояния и заболевания).

За нарушение предусмотренных требований частей 1 и 2 статьи ст. 32 п. 4 ФЗ 323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Это наказание может быть различным, и зависит от тяжести наступивших последствий для здоровья и жизни пациента, обратившегося за оказанием медицинской помощи.

Кроме того, отказ пациенту в оказании ему медицинской помощи возможен в случае возникновения конфликтной ситуации между врачом и пациентом. Чаще всего подобные ситуации возникают в случае личной неприязни, оскорблений, угроз со стороны пациента, при систематическом невыполнении пациентом медицинских рекомендаций, и т. д. Данный отказ со стороны врача допускается только в случае, если отказ в оказании медицинской помощи не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. При этом врач обязан в письменной форме уведомить руководителя медицинской организации в отказе от наблюдения пациента и его лечения, а медицинская организация обязана организовать замену лечащего врача. Подобная ситуация изложена в п. 3 ст. 70 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Если главврач утвердит это заявление, то лечение больного передается другому врачу.

Во всех из описанных выше ситуаций, пациент обращается к врачу за медицинской помощью. При этом на кону стоит жизнь и здоровье человека, т. е. самое ценное, что у него есть, а медицинский

работник, не забывая данную при окончании вуза клятву врача, должен честно выполнять свой врачебный долг, и быть готовым оказать помощь в любой ситуации и любому пациенту. При этом гораздо спокойнее и безопаснее принять пациента, провести официальный прием, зафиксировав в медицинских документах состояние больного, и убедившись в отсутствии экстренных показаний, посоветовав в дальнейшем обращаться в медицинское учреждение в соответствии с существующими правилами, чем потом давать объяснения, почему он не выполнил свои обязанности. Неоказание медицинской помощи лицом, обязанным по долгу службы ее оказывать, рассматривается несколькими законодательными сводами:

- Уголовным Кодексом РФ (УК) РФ: ст. 124, ст. 293;
- Гражданским Кодексом РФ (ГК) РФ в гл. 39.

Статья 293 УК РФ рассматривает ситуацию неоказания помощи в аспекте ненадлежащего выполнения служебных обязанностей (халатность).

ЗАМЕНА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА: ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ

Степанов И.О.

ГБУЗ ЯО «Клиническая больница №2» (Ярославль)

Процесс лечения с применением лекарственных препаратов (ЛП), хотя и регламентируется, но может меняться в связи с различными обстоятельствами. В каких ситуациях приходится менять лекарственный препарат? Наиболее распространена замена при неэффективности или недостаточной эффективности терапии, при значимых побочных эффектах при применении лекарственных средств. Но встречается и “немедицинское переключение” (в том числе в случаях “дефицита” препаратов или по причине уменьшения расходов на лечение). “Немедицинское переключение” можно в широком смысле определить, как изменение проводимой пациенту терапии на альтернативную, по причинам, не связанным с клинической неэффективностью, возникновением нежелательных побочных реакций или непереносимостью терапии пациентом [1, 2]. Как могут заменяться лекарственные препараты? Замена ЛП может происходить в

рамках одного Международного непатентованного наименования (МНН) (с учетом или без учета взаимозаменяемости); замена ЛП в группе Анатомо-терапевтической-химической классификации (АТХ) по схожести механизма действия; замена ЛП на препарат с другим механизмом действия в целях получения желаемого терапевтического эффекта; вне инструкции (Off-label терапия). В обращение для лечения заболеваний входят новые ЛП, в том числе биотехнологические лекарственные препараты (БТП). Внедрение в клиническую практику данных ЛП с доказанной клинической эффективностью и контролируемым профилем безопасности (базируясь на результатах рандомизированных клинических исследований (РКИ) и доказательствах реальной клинической практики) продемонстрировало успех в ведении пациентов с различными заболеваниями. Новые ЛП данной группы, внедряемые в систему здравоохранения, должны соответствовать клинической эффективности и безопасности, как в среднесрочной, так и в долгосрочной перспективах.

Принимая во внимание сложную и гетерогенную структуру БТП, нельзя исключить риск расхождения данных, как о качестве, так и о клинической эффективности и безопасности в РКП, что требует продолжения сбора данных после регистрации БТП. При этом, именно профиль безопасности данной группы ЛП остается наиболее сложной проблемой, так как БТП – это «высоко-рисковые» соединения.

При этом, если встает вопрос о смене лекарственного препарата вне одного МНН, следует учитывать, что она оправдана: при неэффективности или недостаточной эффективности проводимой терапии, при значимых побочных эффектах. А если проводимая терапия эффективна и нет побочных эффектов?

В этом случае, надо опираться на правовое регулирование взаимозаменяемости лекарственных препаратов.

Взаимозаменяемость лекарственного препарата определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации на основе заключения комиссии экспертов федерального государственного бюджетного учреждения по проведению экспертизы лекарственных средств о взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения либо о том, что лекарственный препарат для медицинского применения не является взаимозаменяемым [3].

Для установления взаимозаменяемости прежде всего важно учитывать эквивалентность лекарственной формы.

Под эквивалентными лекарственными формами понимаются разные лекарственные формы, имеющие одинаковые способ введения и способ применения, обладающие сопоставимыми фармакокинетическими характеристиками и фармакологическим действием, обеспечивающие достижение необходимого клинического эффекта.

При этом различия лекарственных форм не являются препятствием для определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов, если при проведении исследования биоэквивалентности лекарственного препарата или исследования терапевтической эквивалентности лекарственного препарата доказано отсутствие клинически значимых различий фармакокинетики и (или) эффективности и безопасности лекарственного препарата.

В случаях немедицинского переключения на другой биологический препарат (разные МНН, разный механизм действия, разные дозировка) могут возникнуть непредсказуемые последствия в отношении эффективности и безопасности терапии, приверженности пациента, развития нежелательных реакций (+дополнительная терапия для их коррекции), а также повышение экономических затрат здравоохранения в целом (увеличение расходов здравоохранения, инвалидизация пациентов) [4].

Желательно, чтобы переключение при применении биологических препаратов было основано, прежде всего, на основании клинического суждения лечащего врача, сопровождаться адекватным клиническим мониторингом и надлежащим информированием пациента.

Если пациент не согласен на такое переключение, то риски немедицинского переключения лежат на лечащем враче, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения, как основном субъекте назначающим лекарственные препараты [5, 6]. В этом случае проведение врачебной комиссии (ВК) снижает риск для лечащего врача, но риски переходят на медицинскую организацию и могут стать основанием для подачи искового заявления о возмещении вреда здоровью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. H-125.991 Drug Formularies and Therapeutic Interchange. Chicago, IL: American Medical Association, 2016. Available at: <https://www.ama-assn.org/>
2. Gray T., Bertch K., Galt K., et al. ACCP position statement: guidelines for therapeutic interchange – 2004, Pharmacothera.
3. Постановление Правительства РФ от 05.09.2020 № 1360 «О порядке определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения» (вместе с «Правилами определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения»).
4. Cote B.R., Petersen E.A. Impact of therapeutic switching in long-term care. Am J Manag Care 2008;14:SP23-8
5. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 г. № 1094 «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Тоцкая Е.Г.¹, Власенко А.С.²

¹ГБУЗ НСО «Бердская центральная городская больница» (Бердск)

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Новосибирск)

В Российской Федерации проблема репродуктивного здоровья и репродуктивных прав человека является одной из наиболее актуальных тем современного мира. Демографическая ситуация страны крайне неблагоприятная, в связи с этим, в 2024 году был создан новый национальный проект – «Семья». Количество бесплодных пар неуклонно растет, по данным ВОЗ 17% супругов страдают бесплодием, что является критическим уровнем для популяции. Раннее вступление в половую жизнь, частая смена партнеров, большое количество прерываний беременности, инфекции, передающиеся половым путем, увеличение среднего возраста вступления в брак – это факторы,

способствующие увеличению показателей бесплодия [1]. Стремительный рост бесплодия обусловлен также воздействием окружающей среды, излучением, некачественной и генно-модифицированной продукцией [2].

Одним из способов решения данной проблемы является применение вспомогательных репродуктивных технологий (далее ВРТ). ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского. Они включают в себя: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки; инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита; донорство спермы; донорство ооцитов; суррогатное материнство; преимплантационная диагностика наследственных болезней; искусственная инсеминация спермой мужа или донора [3].

В нашей стране эти методы применяются с 1986 года и продолжают свое развитие. Несмотря на это, правовые отношения, возникающие при использовании ВРТ, практически не урегулированы законодательством [4]. С точки зрения доктрины, подавляющее большинство отечественных ученых говорит о взаимопроникновении публичных и частных начал, в регулировании применения вспомогательных репродуктивных методов, по сей день сохраняется дискуссия о том, какой же все-таки отраслью российского права преимущественно должен быть урегулирован спектр рассматриваемых нами общественных отношений.

Изучив нормативно-правовую базу по данному вопросу, а именно Конституцию Российской Федерации, Семейный кодекс Российской Федерации, Гражданский кодекс Российской Федерации, иные федеральные законы, в частности один из главных законов, регулирующий медицинскую деятельность – Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020), указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, опубликованные результаты практической деятельности медицинских организаций, применяющих ВРТ, международные договоры и опыт зарубежных стран, а также материалы 36 судебных дел, научно-практических конференций и семинаров можно сказать о том, что наиболее частой проблемой является определение правовой категории эмбриона, установле-

ние происхождения детей при проведении ВРТ с использованием донорских клеток, а также посмертное использование половых клеток, полученных с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Проблемы связаны с отсутствием единства в понимании основных понятий, используемых при применении ВРТ в правопримени- тельной деятельности. Всю правовую базу по этому вопросу состав- ляют разрозненные и противоречивые нормы из различных источни- ков. На сегодняшний день, применение всех методов, которые вле- кут реализацию репродуктивных прав граждан, в результате кото- рых рождается ребенок, минуя половые отношения, регулируются ст. 55 Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и требует согласия супругов, что отражено в п. 4 ст. 51, п. 3 ст. 52 СК РФ. Также перечень методов предусмотрен в Приказе Ми- нистерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктив- ных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их примене- нию» [5]. Многие, кто сталкивался с применением на практике ВРТ, врачи и пациенты, юристы понимают, что вышеперечисленных до- кументов недостаточно для реализации репродуктивных прав че- ловека.

В ходе анализа данных можно сказать о том, что человек стано- вится субъектом права только с момента рождения. Субъективные права личности возникают только после рождения. Эмбрион, не яв- ляется субъектом права [6]. Не родившийся плод, связанный с орга- низмом матери, следует рассматривать как составную часть организ- ма женщины. Действующее законодательство позволяет матери определить его судьбу. Необходимо законодательно закрепить, что после создания эмбрионов родители – заказчики репродуктивной программы уже не имеют права отозвать свое согласие. В случае если имеется разногласие между родителями – заказчиками репро- дуктивной программы относительно судьбы их криоконсервирован- ных эмбрионов, то предпочтение следует отдать тому родителю, ко- торый хотел бы продолжить участие в репродуктивной программе с целью рождения у него ребенка. В случае если продолжения про- граммы не хочет женщина, то может быть использована программа суррогатного материнства. Родитель, который не желает продолже- ния указанной программы, не должен нести родительские права и

обязанности в отношении ребенка, который родится в результате ее реализации.

Ребенок, появившийся на свет путем применения вспомогательных репродуктивных технологий, по объему своих прав, обязанностей, возможностей ничем не отличается от детей, появившихся на свет естественным путем [7]. Никаких дополнительных прав, включая право на получение идентифицирующей информации при применении вспомогательных репродуктивных технологий, по нашему мнению, у ребенка быть не должно. Право знать родителей, у ребенка, зачатого при помощи донорского материала, может быть реализовано только при даче информированного добровольного согласия донора [8].

Если ребенок был зачат и родился после смерти мужчины, давшего согласие на применение методов искусственной репродукции, с использованием его половых клеток вне зависимости от срока рождения ребенка он должен быть указан отцом ребенка вне зависимости от того, сколько времени прошло после смерти отца, в случае применения методов искусственной репродукции [9].

Лицо, указанное в качестве отца ребенка, рожденного в результате применения методов искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона, вправе оспорить отцовство [10]. Суд, при этом должен проверить следующие юридически значимые обстоятельства:

- добровольно ли и осознанно ли было дано отцом согласие на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона;
- на какой срок было дано такое согласие и не было ли оно отозвано до истечения этого срока;
- не истек ли данный срок на момент проведения искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона, давал ли мужчина согласие на использование при применении названных методов донорского биологического материала существует необходимость создания единого закона, который должен обозначить все новые процедуры и манипуляции.

Отсутствие закона о ВРТ порождает множество вопросов, связанных с условиями их применения: как определять правовой и моральный статус искусственного оплодотворения, право-

мерно ли замораживать яйцеклетки, сперматозоиды и эмбрионы, каков срок хранения и использования для реципиентов, а также их права и обязанности, можно ли использовать криоконсервированные эмбрионы после расторжения брака или смерти одного из супругов. Также нет конкретного подхода в определении содержания договоров и мер ответственности субъектов общественных отношений по реализации репродуктивных прав с применением ВРТ. Право иметь детей является одним из важнейших прав человека. Государство должно помогать и создавать условия для реализации этого права, в частности сформировать правовой режим применения методов вспомогательных репродуктивных технологий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. По данным академика В.И. Кулакова, приведенным им в интервью «Российской газете». См.: Страна нерожденных // Российская газета. 2005. № 3854. 23 авг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <https://rg.ru/2005/08/23/kulakov-dz.html>.
2. Голиченков В.А., Попов Д.В. Завкафедрой эмбриологии МГУ: Эмбрион не может заявить свои права, это можем сделать мы // <http://www.pravmir.ru>.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 01.04.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 12.04.2020) // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724; Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, (дата обращения 20.03.2024).
4. Працко Г.С., Арутюнова А.А. К оценке достаточности правового обеспечения вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства // Теория и практика общественного развития. 2017. N 8. С. 56-59.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа URL: <http://zdravalt.ru/upload/iblock/114/803n.pdf> (дата обращения 20.03.2024).
6. Дружинина Ю.Ф. Правовой режим эмбриона in vitro // Журнал российского права. – 2017. – №. 12 (252). – С. 129-140.
7. Абрамов В.И. Права ребенка и их защита в России: общетеоретический анализ // С.: Автореф. юрид. наук. – 2007 (дата обращения 20.03.2024).

8. Дикова И.А. Регулирование отношений, возникающих при применении вспомогательных репродуктивных технологий, в семейном и гражданском праве России // Дисс. к. ю. н., М. – 2011. (дата обращения 20.03.2024).
9. Филимонова И.В. Проблемы правового регулирования постмортальной репродукции в семейном законодательстве России // Политика, государство и право. 2015. № 2 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://politika.snauka.ru/2015/02/2333>.
10. Свитнев К.Н. Жизнь после смерти. Юридические и этические аспекты посмертной репродукции [Электронный ресурс]. – URL: <http://emelinludmila.ru/forum/index.php?showtopic=16> (дата обращения 20.03.2024).

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Фомичева М.Л.^{1,3}, Коломейцева В.Н.¹, Борцов В.А.^{1,2}

¹ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья
и медицинской профилактики» (Новосибирск)

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Новосибирск)

³НИИТПМ – филиал ФГБНУ «ФИЦ ИЦиГ СО РАН» (Новосибирск)

Проблема сохранения здоровья населения, особенно у лиц трудоспособного возраста, в России на протяжении многих лет не теряет своей актуальности. С каждым годом отмечается тенденция роста доли пожилых людей в общей численности населения, что приводит к росту хронических неинфекционных заболеваний, которые требуют постоянных мер, направленных на их снижение.

Диспансеризации определенных групп взрослого населения стала наиболее эффективной стратегией профилактики неинфекционных заболеваний. При этом мотивация населения к участию достаточно низкая, связанная с недопониманием цели и значимости диспансеризации.

В Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 г. высокий уровень распространенности хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) отмечается как первая

угроза национальной безопасности. В связи с этим профилактика заболеваний и создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи входят в основные задачи развития здравоохранения в стране [1].

В отечественном здравоохранении одним из приоритетных направлений развития остается превентивная (профилактическая) направленность, внедряемая в последние годы в систему первичной медико-санитарной помощи, что отражено в нормативных документах государственного и ведомственного уровня.

Конституция Российской Федерации – один из основополагающих нормативно-правовых документов, формирующий основу законодательства в сфере охраны здоровья граждан [2].

В настоящее время основой нормативно-правовой базы для организации и проведения профилактической работы с населением является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3], который:

- определил приоритет профилактики в сфере охраны здоровья путем проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения (статья 12);
- включил в первичную медико-санитарную помощь мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни (статья 33);
- конкретизировал понятия диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения (статья 46);
- обязал все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление (статья 79).

Ежегодно Правительство Российской Федерации дополняет и утверждает Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на следующий год и плановый период.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов (утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 г. № 2497), особое внимание уделено доступности диспансерного наблюдения для людей, имеющих хронические заболевания.

В новой Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов (утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 г. № 2353), регламентирован порядок проведения диспансеризации, а для поликлиник установлена обязанность размещать график ее проведения на сайте, при входе в организацию и в регистратуре. Кроме того, введена диспансеризация граждан репродуктивного возраста и расширены сроки проведения углубленной диспансеризации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, – в течение года после заболевания. Направления на дополнительные обследования должны выдаваться в течение трех дней.

Организация диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения, активизация диспансерного наблюдения за лицами с хроническими заболеваниями является приоритетной задачей реализации государственной политики в сфере охраны здоровья и осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2022 г. № 2161) [4].

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», важной частью которого, является задача обеспечения охвата всех граждан страны профилактическими осмотрами.

В Приказе Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 28.09.2023) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных

групп взрослого населения» определен достаточно подробно порядок проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации [5]. За 10 лет в порядок проведения диспансеризации вносились изменения, но они были разъяснены и прокомментированы в методических рекомендациях [6].

Кроме того, граждане, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, могут пройти углубленную диспансеризацию, согласно приказу Минздрава России от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке».

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) регламентируется Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях (Приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н), определивший правила организации деятельности отделений (кабинетов) медицинской профилактики, где и проводится диспансеризация [7].

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», определил процесс контроля хронических неинфекционных заболеваний и других хронических заболеваний после их выявления, группу диспансерного наблюдения.

С января 2020 г. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации введена в действие Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года (Приказ МЗ РФ от 15.01.2020 г. № 8). Она определяет цели, задачи и принципы государственной политики Российской Федерации в области общественного здоровья [8]. Данный документ разработан в рамках Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254.

Современная двухэтапная диспансеризация направлена не только на раннее выявление заболеваний, но и на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а возможность оценивать реальные результаты лабораторных и инстру-

ментальных исследований, помогают выбрать тактику дальнейшего ведения пациента.

В Новосибирской области в целях реализации положений вышеуказанных нормативно-правовых документов по профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения работает система профилактических учреждений и подразделений (инфраструктуры профилактики хронических неинфекционных заболеваний), предусматривающая вовлечение в профилактическую работу всех медицинских организаций и конкретизацию их функций и взаимодействия, к ней относится:

- Государственное казенное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (РЦОЗиМП), выполняет функции методического центра и совместно с Министерством здравоохранения Новосибирской области организует работу по предупреждению хронических неинфекционных заболеваний на уровне всех структур системы первичной медико-санитарной помощи.

- 9 центров здоровья для взрослых (Они расположены в Новосибирске, Бердске, Искитиме, Куйбышеве, Татарске, наукограде Кольцово).

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 03.10.2009) 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, участвуют в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, осуществляют диспансерное наблюдение.

- 43 отделений медицинской профилактики, 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».

Важной проблемой в современных условиях является недостаточная активность пациентов, которая связана с законодательно закрепленным правом пациента на отказ от медицинского вмешательства (ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, п. 8 Приказа Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н [9]) и нежелания значительной части населения заботиться о своем здоровье (несмотря на ст. 27 ФЗ № 323 от 21.11.2011, где обязанностью граждан является забота о сохранении своего здоровья, в том числе проходить медицинские осмотры).

Подводя итог, следует отметить, что нормативно-правовое регулирование порядка проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации играет важную роль в обеспечении доступности и качества оказания медицинской помощи. Дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы позволит привлечь внимание к диспансеризации – как необходимому и простому, но очень эффективному механизму сохранения здоровья населения, но и заставит медицинское сообщество относиться к профилактическим мероприятиям – как важному этапу в формировании здорового образа жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Егян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Егоров В.А., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Бунова А.С., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А. «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации по практической реализации приказа

- Минздрава России от 26 октября 2017 г., № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2017. – 162 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 27 декабря 2017 г. Интернет ресурсы: <http://www.gnicpm.ru>; <http://topniz.ru>, DOI:10.17116/profmed2017medrek01v4
2. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).
 3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
 4. Суханова А.А. Конституционные ценности в содержании государственных программ Российской Федерации. Сибирское юридическое обозрение. 2022;19(1):39-53. <https://doi.org/10.19073/2658-7602-2022-19-1-39-53>.
 5. Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (ред. от 28.09.2023).
 6. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Ипатов П.В., Егоров В.А., Иванова Е.С., Гамбарян М.Г., Еганян РА., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Бойцов С.А., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шепель Р.Н., Булгакова Е.С. Методические рекомендации. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. /Под ред. О.М. Драпкиной. Изд.2-е. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. – 232 с.
 7. Приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
 8. Приказ Минздрава России от 15.01.2020 № 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля инфекционных заболеваний на период до 2025 года».
 9. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».

ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ, СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ КОМИССИЙ ВОЕННЫХ КОМИССАРИАТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЮНОШЕЙ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Шведов Е.Г.¹, Бабенко Е.А.², Бабенко А.И.², Айзман Р.И.³

¹Военный комиссариат Новосибирской области (Новосибирск)

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк)

³ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»
(Новосибирск)

Формирование обороноспособного потенциала страны в современных условиях требует усовершенствования всей системы медицинского, медико-социального и психолого-педагогического обеспечения подготовки юношей-подростков к военной службе. Это подразумевает развитие межведомственной интеграции педиатрической службы, специализированных диспансеров, медицинских структур общей сети, учреждений образования, социальной защиты, военных комиссариатов, где конечным связующим звеном являются региональные Центры военно-врачебной экспертизы. Для их эффективного взаимодействия необходимо реформировать нормативно-правовую базу в соответствии с требованиями общества к обороноспособности страны и критериями отбора по состоянию здоровья с учетом современной специфики военной подготовки в Вооруженных Силах.

В Новосибирской области в 42 районах медицинские комиссии военных комиссариатов проводят освидетельствование граждан допризывного возраста при постановке их на воинский учет и призыве на военную службу.

При первоначальной постановке на воинский учет медицинскими комиссиями военных комиссариатов годными к военной службе (категории А и Б) были признаны только 69,9% юношей. Это свидетельствует о недостаточной эффективности лечебно-оздоровительных мер, проводимых в подростковой медицинской службе. На дополнительное медицинское обследование в лечебно-профилактические учреждения было направлено 17,2-17,7% освидетельствованных. Основными причинами освобождения данного контингента от военной службы были в 24,2-28,6% случаев – болезни органов дыха-

ния, 25,3-27,4% – психические расстройства и расстройства поведения, 9,0-9,6% – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, 7,7-8,9% – болезни глаза и его придаточного аппарата, 5,6-6,4% – болезни нервной системы, 5,0-5,9% – болезни кожи и подкожной клетчатки, 3,8-5,4% – болезни системы кровообращения.

Важно отметить, что у 23,0% допризывников эти группы заболеваний были выявлены впервые. Особенно это коснулось таких заболеваний, как болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, на которые приходилось от 30,5 до 40,2% всего объема впервые выявленной патологии. На психические расстройства приходилось 16,1-27,2%, болезни костно-мышечной системы – 7,8-15,3%, болезни системы кровообращения – 7,3-9,6% и т.д.

Завершающим этапом является оценка годности юношей к военной службе при призыве. Результаты медицинского освидетельствования показали, что удельный вес годных к военной службе в среднем составил 65,0%. При этом с 2020 по 2022 годы он уменьшился на 3,6 процентных пункта. Это может свидетельствовать о некачественном проведении лечебно-оздоровительных мероприятий в период после первичной постановки на воинский учет до призыва на военную службу.

Характерно, что уже среди призывников у 13,0% были впервые выявлены такие заболевания: психические расстройства и расстройства поведения – 31,4%, болезни эндокринной системы – 19,8%, болезни системы кровообращения – 17,5%, болезни костно-мышечной системы – 12,3%, а также органов пищеварения – 4,1%.

Полученные результаты указывают на необходимость усовершенствования системы мониторинга и контроля состояния здоровья подростков, выработки индивидуальных профилактических, лечебных и реабилитационных маршрутов всему контингенту. Этому в значительной степени может способствовать разработанный электронный паспорт здоровья призывника, где фиксируется физическое и психическое состояние личности, начиная с 10-летнего возраста.

Использование подобного документа позволит педиатрической службе и органам образования более предметно заниматься здоровьем будущих призывников, заблаговременно осуществлять с большим эффектом лечебные, реабилитационные и воспитательные мероприятия, а также будет способствовать взаимодействию систем

регионального здравоохранения, образования с военно-врачебными комиссиями военных комиссариатов. Для официального внедрения электронного паспорта здоровья призывника с 10-летнего возраста, который имеет свидетельство государственной регистрации, и широкого его использования необходимо сформировать правовое сопровождение.

Предстоит разработать новые подходы к определению нормативно-правовых критериев медико-психологического отбора к военной службе, с утверждением соответствующих параметров оценки физического и психического состояния здоровья с учетом возраста во взаимосвязи с возможностью службы в армии в перспективе.

Таким образом, стоит важная задача по формированию четко обозначенной системы взаимодействия медицинских, образовательных служб и военного ведомства на всех этапах оценки состояния обороноспособного потенциала, определения порядка реализации лечебно-оздоровительных мер на основе современных правовых взаимоотношений.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА КАК ИНСТРУМЕНТА ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Евсейкина Е.Ю.

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

В современном мире, когда цифровые технологии становятся одним из основных драйверов мирового экономического роста, невозможно представить развитие различных направлений экономической деятельности, в том числе и здравоохранения, без применения инструментов искусственного интеллекта. В России, наряду с другими мировыми державами, связывают повышение производительности труда, оказания качественной и доступной медицинской помощи именно с возможностями искусственного интеллекта.

Актуальность данной темы подтверждается и последними заявлениями Президента Российской Федерации В.В. Путина в Послании Федеральному Собранию Российской Федерации от 29.02.2024 о том, что обновленная редакция национальной стратегии развития искусственного интеллекта (ИИ) уже утверждена, о необходимости внедрения искусственного интеллекта во все сферы здравоохранения: управление, медицину, помощь пациентам.

Искусственный интеллект и цифровизация уже внедряются в работу ведущих медицинских центров. Новый национальный проект «Экономика данных», внедренный в 2024 г. сделает эти практики массовыми и доступными, помогая гражданам поддерживать свое здоровье и в полной мере пользоваться системой здравоохранения.

Разработки в разных медицинских областях ведутся по всему миру.

Искусственный интеллект, или ИИ, и нейросети повышают качество диагностики и медицинских услуг, помогают в создании новых лекарств и снижают затраты на здравоохранение, а также повышают производительность труда.

По нашему мнению, ИИ влечет за собой рост производительности труда и минимизацию затрат, что позволяет повысить качество медицинской помощи.

Производительность труда при классическом подходе измеряется выработкой, т.е. количеством продукции, выпущенной работником за единицу времени или в расчете на одного среднесписочного работника за календарный период. К здравоохранению такой подход применить нельзя, т.к. в отличие от материального производства в медицинской практике имеется высокий объем трудовых затрат, непосредственно связанных с обслуживанием пациентов.

Теоретический анализ использования показателя производительности труда в здравоохранении нам бы хотелось начать с характеристики данного термина, представленного в отечественных и зарубежных источниках. В большей части русскоязычных публикаций отсутствует определение термина «производительность труда в медицине», в то время как зарубежные авторы наполняют его собственным содержанием, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Определение производительности труда в здравоохранении

	Определение	Автор
1.	ПТ как количество услуг, оказываемых в единицу рабочего времени или приходящихся на одного среднесписочного работника в единицу времени	С. П. Воробьев
2.	ПТ в медицине как количество пациентов, приходящихся на одного врача в течение часа	К. Уокер, М. Бен-Меир и У. Х. Данлоп
3.	Количество обслуживаемых пациентов за определенный период времени	С. Берч, Дж. Гибсон и А. Макбрайд

На наш взгляд, производительность труда -это: количество операций за смену, пациентов за смену, в нормо-часах и нормах обслуживания, в ставках, в количестве консультаций пациентов в течение рабочего дня и др.), т.е производительность труда представляет со-

бой показатель, который характеризует результативность труда работника.

На производительность труда в здравоохранении влияет достаточно большой ряд факторов, к которым относятся:

- цифровизация деятельности организации здравоохранения (оказывает влияние через введение единых цифровых платформ, программных продуктов, ИИ и др.);
- современные технологии руководством организации здравоохранения (бережливые технологии, проектное управление, технологии управления обратной связью с пациентами и др.);
- снижение избыточной нагрузки на врача (например, более активная совместная работа со средним медицинским персоналом).

Главные проблемы в системах здравоохранения большинства государств на сегодняшний день – это доступность, качество и стоимость медицинской помощи. С целью преодоления данных проблем ученые стали активно разрабатывать инновационные технологии искусственного интеллекта. С появлением Интернета, беспроводных технологий, передовых вычислительных алгоритмов, интеграции мобильных устройств в уход за пациентами в секторе здравоохранения произошла настоящая революция.

Примерно 86% медицинских работников используют в своей практике хотя бы одну из форм ИИ. В будущем предполагается, что медицинские работники смогут перейти исключительно к выполнению задач и проектов, опирающихся на уникальные человеческие навыки, такие как эмпатия, убеждение и способность к интеграции, а всю остальную работу будут выполнять автоматизированные системы. Однако использование технологии ИИ в сфере здравоохранения неизбежно создает риски, поскольку не все возможные последствия использования новой технологии можно заранее предвидеть и спрогнозировать.

Повышенная производительность новых форм ИИ стала причиной быстрых изменений в сфере здравоохранения. Однако результаты, полученные с помощью этих новых форм ИИ, особенно нейронных сетей, могут быть трудно интерпретируемы, не в последнюю очередь из-за их возрастающей сложности и способности к бесконтрольному или неограниченному обучению. Эти алгоритмы называ-

ются «черным ящиком» ИИ, потому что детали их работы не всегда понятны человеческому уму.

«Нейронные сети», лежащие в основе алгоритмов «черного ящика» ИИ, структурированы на основе человеческого мозга, ввиду этого они могут самостоятельно обучаться, принимать решения и давать точные ответы. Но, несмотря на способность технологии ИИ обеспечить точные ответы и помочь в повышении доступности и качества ухода за пациентами, она не может продемонстрировать, каким образом и на основании чего она формировала свои выводы, в отличие от лечащего врача.

Например, когда врач ставит неправильный диагноз или прописывает неправильное лечение, основываясь на использовании технологии ИИ и алгоритмов машинного обучения, возникают сомнения по поводу того, кто должен нести ответственность за медицинскую ошибку – производитель технологии или же врач, лечащий пациента с помощью искусственного интеллекта. Как правило, ответственность за врачебные ошибки квалифицируется как халатность. Когда речь идет о врачебной ошибке, ответственность врача определяется исходя из представления о нем как о доверенном специалисте. Это означает, что лечащий врач несет полную ответственность за свои решения и, таким образом, если оказываемая помощь будет признана безрассудной или небрежной, то врач будет привлечен к ответственности.

В то же время даже в случае использования технологий ИИ окончательное решение принимает врач.

До настоящего времени суды во всем мире не сформулировали четкого подхода к определению ответственности, связанной с созданием автоматизированных информационных систем. Этот подход во многом будет зависеть от стандартов, установленных профессиональным сообществом.

Кроме возникновения проблем с определением лица, несущего ответственность за работу ИИ, его использование может существенным образом повлиять на уровень человеческого потенциала. Во-первых, врачи, скорее всего, потеряют навыки, которые они не используют регулярно, например навыки распознавания и диагностирования заболеваний. Во-вторых, уклон в сторону автоматизации означает, что люди будут склонны соглашаться с решениями автоматизированных систем, даже если они ошибочны.

Для того чтобы использование ИИ было успешным, руководители систем здравоохранения, врачи и разработчики должны осознавать, что оказание медицинской помощи с использованием ИИ является не только технической, но также и этической, юридической и социальной проблемой. Исследования показывают, что общественность готова поддержать использование медицинских данных для технологического развития, но при условии строгого соблюдения конфиденциальности, надлежащего контроля и управления, гарантированного использования данных в общественных интересах. Необходимы инвестиции в технологии, направленные на снижение идентифицируемости данных, которые защищают неприкосновенность частной жизни пациентов и одновременно поощряют использование и обмен данными.

В сфере здравоохранения у ИИ есть достоинства и недостатки:

Достоинства:

- ИИ анализирует огромное количество медицинских данных, что повышает точность диагностики. В то время как врачам нужны годы для изучения миллионов медицинских карт, компьютер сделает это гораздо быстрее.
- Выполняет рутинные задачи, которые отнимают у медперсонала время. Например, распределение палат, поиск оборудования, контроль за исправностью медицинской техники.

Недостатки:

- Разработка и внедрение ИИ стоят дорого. Помимо создания программы, нужно адаптировать ее под конкретное медицинское учреждение и обеспечить специализированное обслуживание.
- Внедрение ИИ в медицину требует решения юридических и этических вопросов, например, о конфиденциальности и безопасности данных.

На сегодняшний день ИИ в здравоохранении нужно тщательно регулировать законами.

На основании национальной стратегии развития технологий искусственного интеллекта и «Концепции регулирования искусственного интеллекта в Российской Федерации 2030 г.» в нашей стране ведется постоянная точечная работа над совершенствованием регулирования ИИ. К 2030 году в Российской Федерации должна функционировать гибкая система нормативно-правового регулирования в об-

ласти искусственного интеллекта, в том числе гарантирующая безопасность населения и направленная на стимулирование развития технологий искусственного интеллекта.

Искусственный интеллект в здравоохранении – это новое направление, и его нужно тщательно регулировать законами. ИИ может допускать ошибки, поэтому необходимы четкие правила для его использования в медицинской практике. По мнению юристов, полноценного правового регулирования направления в РФ пока нет, как и устойчивых подходов в судебной практике. Поэтому судьям фактически не на что опираться при принятии решений. Хотя, в то же время разбирательства могут подготовить фундамент для изменения регуляторной среды. Также, в России обсуждается создание специального государственного агентства по робототехнике и искусственному интеллекту для контроля над этой областью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Послание Президента РФ Федеральному Собранию 29.02. 2024 г.
2. Воробьев С.П. Методические аспекты анализа производительности труда медицинских работников // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 2. – С. 13–18.
3. Walker K., Ben-Meir M., Dunlop W.H. Impact of Scribes on Emergency Medicine Doctors' Productivity and Patient Throughout: Multicentre Randomized Trial // The Journal of Emergency Medicine. – 2019. – N 56.
4. Birch S., Gibson J., McBride A. Opportunities for, and Implications of, Skill Mix Changes in Health Care Pathways: Pay, Productivity and Practice Variations in a Needs-Based Planning Framework // Social Science & Medicine. – 2020. – N 250.
5. Tschider C.A. The healthcare privacy-artificial intelligence impasse // Santa Clara high technology law journal. – Santa Clara, 2020. – Vol. 36, N 4. – P. 439–443.
6. Kamensky S. Artificial Intelligence and Technology in Health Care: Overview and Possible Legal Implications // DePaul journal of health care law. – Chicago, 2020. – Vol. 21, N 3. – P. 1–18.
7. Kalakota R., Davenport T. The potential for artificial intelligence in healthcare // Future healthcare journal. – London, 2019. – Vol. 6, N 2. – P. 94–98.
8. The ethical, legal and social implications of using artificial intelligence systems in breast cancer care / M.S. Carter, W. Rogers, K.T. Win,

- H. Frazer, B. Richards, N. Houssami // The breast. – Elsevier, 2020. – Vol. 49. – P. 25–32.
9. Kamensky S. Artificial Intelligence and Technology in Health Care : Overview and Possible Legal Implications // DePaul journal of health care law. – Chicago, 2020. – Vol. 21, N 3. – P. 1–18.
10. The ethical, legal and social implications of using artificial intelligence systems in breast cancer care / M.S. Carter, W. Rogers, K.T. Win, H. Frazer, B. Richards, N. Houssami // The breast. – Elsevier, 2020. – Vol. 49. – P. 25–32.
11. Tschider C.A. The healthcare privacy-artificial intelligence impasse // Santa Clara high technology law journal. – Santa Clara, 2020. – Vol. 36, N 4. – P. 439–443.
12. Национальная стратегия развития искусственного интеллекта на период до 2030г.

ПРАВОВАЯ И ПОЛИТИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Калиниченко А.В., Дрижанова О.Н., Баннова Е.С., Летягина В.В.,
Хмельницкая Я.В., Гуринович Е.Г.

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

Молодое поколение составляет социально значимую часть общества, от которой во многом зависит будущее страны. Проблемы формирования правовой культуры такой социальной группы, как студенты, является одним из важных элементов гармоничности общественной жизни, диктует принципы правового поведения, идеалы, нормы, которые определяют взаимодействие молодёжи с обществом.

Правовая культура студенческой молодежи, уровень ее правосознания – необходимая предпосылка формирования гражданского общества и правового государства [2, с. 114].

Развитие личности на этом этапе уже достигает такого уровня, который предполагает наличие базовых знаний о правовой системе, при этом у студентов появляется возможность усвоения общих нравственных и моральных принципов, способствующих будущему профессиональному поведению.

Рассматривая правовую культуру как важный компонент существования общества, нельзя обойти стороной общественно-политическую деятельность. Политическая культура рассматривается как совокупность достижений, комплекса ценностей, опыта предшествующих поколений людей, прогрессивных установок, убеждений, представлений и стереотипов поведения [1, с. 2].

Компоненты политической и правовой культуры существуют и функционируют как единая сторона практической деятельности гражданина в любой сфере общественной жизни, которая базируется на нормах права и нравственности [3, с. 94].

В современных условиях к специалистам системы здравоохранения предъявляются высокие морально-этические, правовые, профессиональные требования. Одной из важнейших составляющих их успешной работы является освоение правовых основ медицинской деятельности, понимание проблем медицинского права.

Федеральные государственные общеобразовательные стандарты по всем медицинским специальностям включают общекультурные компетенции (ОК): способность анализировать этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3); общепрофессиональные компетенции (ОПК): способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ОПК-3), профессиональные компетенции (ПК): способность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-17), которыми должен обладать каждый выпускник медицинского вуза [4, с. 147].

С целью формирования данных компетенций в образовательные программы профессиональной подготовки будущих медицинских работников включены следующие дисциплины: «Правоведение», «Основы права», «Правовое обеспечение профессиональной деятельности», «Юридические основы деятельности провизора», «Правовые основы деятельности врача», «Правовые основы деятельности врача-педиатра», «Защита прав потребителей», «Этика, право, менеджмент в стоматологии».

Осознавая всю значимость правовой культуры будущих специалистов системы здравоохранения, было проведено анкетирование представителей рассматриваемой социальной группы на предмет выявления проблем в формировании их правосознания. Опрашивались студенты педиатрического и стоматологического факультетов первого и второго курсов. всего было опрошено 336 студентов НГМУ.

Основная задача данного исследования – выявить наличие правовой и политической культуры студентов медицинского университета, показать их современное восприятие и понимание социальной роли права, содержание правовых норм и основных правовых принципов, готовности следовать им в будущей профессиональной деятельности.

На вопрос: «Верите ли Вы в избирательный процесс как механизм управления страной?» утвердительно ответили 47,2% студентов, затруднились с ответом 37,6% и только 15,2% ответили отрицательно, в чем прослеживается готовность большей части молодого поколения к активной позиции, понимание важности принятия участия в общественной жизни.

На вопрос: «Интересуетесь ли Вы политической жизнью страны и правовыми аспектами медицины в социальных сетях, средствах массовой информации, печатных изданиях, вне учебного процесса?» положительно ответили – 39,0% студентов, иногда – 42,5%, что тоже неплохо. И только 18,5% студентов ответили отрицательно, что противоречит общепринятому мнению об отсутствии интереса молодого поколения как к событиям, происходящим в стране и мире, так и в сфере их будущей профессиональной деятельности.

В ходе анкетирования выяснялось, насколько хорошо студенты знакомы с основными нормативными актами Российской Федерации. По самооценке студентов, лучше всего они знакомы с Конституцией РФ, так заявили 58% опрошенных, что в определенном смысле позволяет говорить о формировании в студенческой среде основ правовой культуры. Затем следует Гражданский кодекс – 26,7%, Уголовный кодекс 25,0%, небольшие проценты достались Трудовому кодексу и Кодексу РФ об административных правонарушениях.

Всего 17,8% студентов отмечают, что частично знакомы с положениями закона «Об основах охраны здоровья граждан в Россий-

ской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, хотя именно там отражены основные вопросы медицинского права. Но это понятно, поскольку опрашивались студенты младших курсов, а изучение правовой регламентации медицинской деятельности происходит на старших курсах [5].

С законодательством в сфере образования и молодежной политики, ситуация выглядит следующим образом: доля совершенно незнакомых – 20,6%, хорошо знакомых – 11,8%, частично знакомых – 67,6% студентов. Здесь есть над чем задуматься в рамках воспитательной работы [6].

На вопрос о необходимости существования законов в современном обществе и их определяющей роли в сфере охраны прав граждан ответы студентов показали, что большинство опрошенных 77,7% ответили положительно. 12,0% студентов затруднились ответить, и только 10,3% студентов считают, что законы ущемляют права и свободы граждан. Такое мнение связано с распространенным в молодёжной среде пониманием свободы как вседозволенности.

Основной компонент правосознания – отношение к закону, поэтому студентам была предоставлена возможность высказать свое мнение о допустимости нарушения законов.

У значительного большинства студентов вполне цивилизованное представление о сути законов и их роли в обществе. 72,2% студентов считают недопустимым нарушение закона, «закон есть закон». Эта группа студентов дает оценку законам как справедливым, полезным, защищающим права граждан. 15,2% опрошенных считают допустимым нарушение закон, если он ограничивает права личности. Избирательное отношение к законам, вплоть до прямого их нарушения, «в благих целях» высказывают 10,3% анкетированных студентов. Также имеет место мнение студентов о невыносимых нормах, заложенных в законах и о непонятности законов как о причине их нарушения – 2,3%. В этом случае даже хорошее знание закона допускает возможности его нарушения.

Здесь необходимо отметить позитивный момент, число «законопослушных граждан», понимающих значение и роль права составило преимущественное большинство анкетированных студентов, но

это не снимает проблему существования правового нигилизма в молодёжной среде.

Таким образом, анкетирование студентов первых и вторых курсов НГМУ показало различный уровень правовой и политической культуры студентов от готовности неуклонного следования законам до избирательного отношения к ним. Понятно, что у многих студентов первых курсов отсутствуют в необходимом объёме правовые знания, не хватает общей правовой культуры для будущей профессиональной деятельности. Поэтому, основной упор на получение правовых знаний в области регулирования медицинской деятельности делается в преподавании правовых дисциплин на старших курсах.

Основная задача медицинского вуза на современном этапе, чтобы каждый студент, находясь в стенах учебного заведения, осознал необходимость получения медико-правовых знаний, необходимости их постоянного углубления в процессе общей и профессиональной подготовки. Конечно, необходимо дальнейшее обсуждение и поиск решений, способствующих улучшению правовой и профессиональной культуры, в том числе, и через диалог между представителями различных областей, имеющих отношение к соблюдению и защите прав граждан в сфере охраны здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Баранов Н.А. Политическая культура России: традиции и современность, 2016. С. 1-11.
2. Ткаченко А.В. Правовая культура молодежи на современном этапе развития современного общества //Социально-экономический и гуманитарный журнал Красноярского ГАУ. 2021. № 4 (22). С. 114.
3. Девятков В.Я. Современная политическая и правовая культура России: проблема взаимосвязи, 2008. С. 94.
4. Педагогические науки Pedagogical sciences ISSN 2658-5855 Социальная компетентность 2019 Т. 4 № 2 С. 147-152.
5. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ . [Электронный ресурс]. URL.: <http://gkodeksrf.ru/> (дата обращения: 14.03.2024).
6. Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Распоряжением Правительства РФ от 29 ноября 2014 г. № 2403-р) [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.fadm.gov.ru/docs/9 (дата обращения: 14.03.2024).

ТЕНДЕНЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ АБОРТОВ И ИХ ВОСПРИЯТИЕ В СРЕДЕ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Летягина В.В., Гуринович Е.Г., Хмельницкая Я.В., Решетняк В.А.,
Дрижанова О.Н.

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

Проблематика абортaв остаётся одной из наиболее обсуждаемых и спорных в области репродуктивного здоровья и прав человека в Российской Федерации. Вопросы, связанные с абортaми, затрагивают не только медицинские и этические, но и социальные, правовые, а также демографические аспекты общественной жизни.

На сегодняшний день в Российской Федерации действует Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регулирующий в том числе и вопросы абортaв. Законодательство предусматривает возможность проведения абортa по медицинским показаниям, а также по желанию женщины в определенные сроки беременности.

В контексте репродуктивного здоровья права женщин в России поддерживаются как национальным, так и международным законодательством. Основные документы подчеркивают право женщины на доступ к медицинской помощи и на информированный выбор в вопросах контрацепции и абортaв.

Медицинские работники обязаны соблюдать этические нормы, предоставлять полную и достоверную информацию о процедуре, её возможных последствиях и альтернативных вариантах. Также они должны уважать конфиденциальность и личные решения пациенток.

В последнее время тема абортaв в России обрела новые контуры в контексте правового регулирования, вызывая широкий резонанс в общественных и медицинских кругах. Законодательные инициативы последних лет знаменуют собой значительный поворот в подходах к регулированию вопросов искусственного прерывания беременности, ориентируясь на защиту здоровья женщин и демографические цели страны.

Основой для этих изменений служат обсуждение поправок в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающиеся, в частности, ограничения возможности проведения абортaв в частных медицинских учреждениях и фи-

нансирования таких процедур в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Одной из заметных тенденций стало внесение изменений, направленных на исключение медицинских организаций частной системы здравоохранения из числа организаций, имеющих право проводить искусственное прерывание беременности. Это предложение вызвало активное обсуждение среди специалистов и общественности, поскольку касается вопросов доступности и выбора медицинских услуг для женщин.

Региональная политика в отношении абортс также демонстрирует разнообразие подходов. Некоторые субъекты Российской Федерации приняли собственные меры против абортс, включая наказание за «склонение» к прерыванию беременности и исключение процедуры из перечня услуг, предоставляемых частными клиниками. Такие действия подчеркивают стремление властей к снижению числа абортс как способу улучшения демографической ситуации, однако вызывают обеспокоенность среди специалистов в области здравоохранения, демографии и прав человека. Они предупреждают о возможных негативных последствиях, таких как увеличение числа небезопасных и нелегальных абортс, что может привести к ухудшению состояния здоровья женщин и увеличению материнской смертности.

Общественные дебаты в России отражают поляризацию мнений по вопросу абортс. С одной стороны, консервативные и религиозные группы выступают за ужесточение законодательства, ссылаясь на моральные и этические аргументы. С другой стороны, правозащитники, медицинское сообщество и активисты за права женщин настаивают на сохранении и расширении репродуктивных прав, подчеркивая важность доступа к безопасным и законным абортс.

Позиции различаются в зависимости от социальных, культурных и религиозных взглядов. В то время как некоторые общественные деятели призывают к диалогу и поиску компромисса, другие стороны остаются непреклонны в своих требованиях касательно полного запрета или полной легализации абортс.

Этические дилеммы абортс обусловлены столкновением прав женщины на выбор и права нерожденного ребенка на жизнь. Эти вопросы порождают глубокие моральные и философские размышления о начале жизни, автономии тела и социальной ответственности.

Таким образом, дискуссии о правовом регулировании абортa неизбежно затрагивают этические, социальные и демографические аспекты. Вопросы здоровья женщин, права на выбор и социальной поддержки становятся предметом ожесточенных споров. Мнения экспертов разделились: некоторые подчеркивают важность ужесточения контроля за проведением абортa как меры по улучшению демографической ситуации, в то время как другие указывают на риски ухудшения здоровья женщин и роста нелегальных процедур прерывания беременности.

В контексте этих обсуждений особенно ценным, на наш взгляд, является мнение и оценка будущих медицинских специалистов – студентов медицинских вузов, которые в будущем будут непосредственно сталкиваться с последствиями реализации этих законодательных инициатив.

Нами было проведено медико-социальное исследование мнения студентов Новосибирского медицинского университета по вопросу абортa.

Результаты исследования и анкетирования среди студентов показывают, что большинство из них выражают нейтральную позицию, признавая сложность и многогранность проблемы. Свою нейтральную позицию к абортaм высказали 110 человек (49,8%). Положительное отношение к абортaм у 90 человек (40,7%). В РФ медицинский аборт разрешен, с этим согласны 214 человек (96,8%). 209 человек (94,6%) указали страны, запрещающие аборт. Наиболее важными показаниями к абортa по результатам опроса стали здоровье женщины и патология плода. Запрет абортa в РФ, по мнению анкетированных, приведет к росту криминальных абортa и ухудшению здоровья женщин. Решение об абортe принимает женщина самостоятельно, с этим согласны 145 человек (65,6%), 45,2% респондентов считают, что запрет абортa не изменит демографическую ситуацию, а 48,9% – ухудшит демографическую ситуацию. Запрет на аборт в частных клиниках не одобряет 157 человек (71%), 50 человек (22,6%) – поддерживают. С мнением главы православной церкви об абортe «как убийстве» не согласны 202 человека (91,4%).

Особенно важным наши респонденты считают вопрос о медицинских показаниях к абортa, которые должны оставаться приоритетными для принятия решения о прерывании беременности. В то же время, значительная часть опрошенных подчеркивает, что запрет

абортов не приведет к улучшению демографической ситуации, а скорее вызовет ряд негативных социальных и медицинских последствий.

Будущие медицинские работники выражают обеспокоенность по поводу возможных последствий для здоровья женщин при ограничении доступа к абортам. Многие подчеркивают важность права женщины на выбор и необходимость компетентной медицинской и психологической поддержки. Также отмечается необходимость улучшения образовательных программ по сексуальному воспитанию и профилактике нежелательной беременности. Инициативы по улучшению информированности включают в себя кампании по сексуальному образованию, доступу к средствам контрацепции и услугам здравоохранения, что может снизить количество нежелательных беременностей и, как следствие, абортов. Улучшение качества репродуктивных услуг может быть достигнуто через инвестиции в медицинскую инфраструктуру, обучение медицинского персонала и обеспечение беспрепятственного доступа к услугам здравоохранения для всех слоев населения.

В заключение, тема правового регулирования абортов в России остается актуальной и спорной. Она требует внимательного и комплексного подхода, учитывающего как медицинские, так и социальные, и этические аспекты. Основополагающим является поиск баланса между защитой прав женщин на репродуктивное самоопределение и социально-этическими нормами общества, учитывая при этом демографические аспекты и общественное здоровье.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Барбашина Э.В.</i> РОЛЬ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ».....	3
<i>Васильев И.В.</i> ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА.....	7
<i>Горелкин А.Г., Васильев И.В.</i> НЕДОСТАТОК МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ В КОНТЕКСТЕ КОЛЛИЗИИ ЧАСТНОПРАВОВОГО И ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОГО ТОЛКОВАНИЯ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	12
<i>Медведев С.В.</i> О ПУБЛИЧНОМ И ЧАСТНОМ В КОММУНИКАЦИИ СУБЪЕКТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВООТНОШЕНИЯ.....	17
<i>Чернышев В.М., Мингазов И.Ф.</i> О НЕКОТОРЫХ ИТОГАХ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН	20

ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

<i>Гаганов Д.Б.</i> И ОПЯТЬ О КЛИНИЧЕСКОЙ РЕКОМЕНДАЦИИ	27
<i>Галюкова М.И.</i> УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ РИСКИ ВРАЧА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ AI	32
<i>Горикова В.С.</i> К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ПОЛУЧЕНИЯ ОБРАЗЦОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В РАМКАХ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА	35
<i>Ефименко Т.В.</i> АКТИВНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ РАССМОТРЕНИИ ИСКОВ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	38
<i>Казанцева Ю.И., Емельянцева А.С.</i> ЭСТЕТИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ, КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	42

<i>Кашка Д.А.</i> ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПРИ НАРУШЕНИИ ЛИЧНЫХ НЕИМУЩЕСТВЕННЫХ ПРАВ	47
---	----

<i>Конотопцева Ю.В., Плакуцева Я.Б., Каменев М.А.</i> О КАЧЕСТВЕ ВОПРОСОВ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТНЫМ КОМИССИЯМ	51
--	----

<i>Кошляк Д.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ	54
--	----

<i>Ясавиева Е.С., Черняева А.К.</i> ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ	60
---	----

ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Морозов С.М.</i> ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ВОЗМОЖНОГО ОТКАЗА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	66
--	----

<i>Степанов И.О.</i> ЗАМЕНА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА: ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ	71
--	----

<i>Тоцкая Е.Г., Власенко А.С.</i> ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	74
--	----

<i>Фомичева М.Л., Коломейцева В.Н., Борцов В.А.</i> НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.....	79
--	----

<i>Шведов Е.Г., Бабенко Е.А., Бабенко А.И., Айзман Р.И.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ, СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ КОМИССИЙ ВОЕННЫХ КОМИССАРИАТОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЮНОШЕЙ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ	86
--	----

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Евсейкина Е.Ю.</i> РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА КАК ИНСТРУМЕНТА ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ.....	89
--	----

<i>Калиниченко А.В., Дрижанова О.Н., Баннова Е.С., Летягина В.В., Хмельницкая Я.В., Гуринович Е.Г.</i> ПРАВОВАЯ И ПОЛИТИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	95
---	----

<i>Летягина В.В., Гуринович Е.Г., Хмельницкая Я.В., Решетняк В.А., Дрижанова О.Н</i> ТЕНДЕНЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ АБОРТОВ И ИХ ВОСПРИЯТИЕ В СРЕДЕ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ	100
---	-----

Научное издание

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

Сборник материалов
IV Всероссийских медико-правовых чтений
(19 апреля 2024 г., Новосибирск)

В авторской редакции

Компьютерная верстка *Т.В. Соболева*

Подписано в печать 28.06.2024. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл.-печ. л. 6,36. Тираж 50 экз. Изд. № 141с.

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