

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
V Всероссийских медико-правовых чтений
посвященных 90-летию образования НГМУ
и кафедры общественного здоровья и здравоохранения**

(24–25 апреля 2025 года, Новосибирск)

Новосибирск
2025

УДК 614.251(063)
ББК 51.1(2)
П68

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, профессор *А.В. Калиниченко*
канд. мед. наук *И.В. Васильев*
канд. мед. наук *А.Г. Горелкин*

Правовое регулирование медицинской деятельности,
П68 юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание:
сб. материалов V Всероссийских медико-правовых чтений, посвященных 90-летию образования НГМУ и кафедры общественного здоровья и здравоохранения (Новосибирск, 24–25 апреля 2025 г.). – Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2025. – 104 с.

В сборник материалов включены работы, посвященные истории кафедры общественного здоровья и здравоохранения НГМУ, общетеоретическим вопросам правового регулирования медицинской деятельности, предмета отрасли медицинского права, философским вопросам взаимодействия врач-пациент, врачебной ошибки и вины, использования искусственного интеллекта в медицине. Внимание авторов уделено актуальным правовым вопросам оказания медицинских услуг, права пациента на анонимность, проведения медицинских экспертиз, медиации в медицинских спорах, ответственности за ненадлежащее врачевание. Формат медико-правовых чтений позволяет реализовать обмен опытом научно-теоретического осмысления проблем правового регулирования здравоохранения и актуальной правоприменительной практики по делам о ненадлежащем врачевании.

Материалы издаются в авторской редакции.

УДК 614.251(063)
ББК 51.1(2)

© НГМУ, 2025

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ВЕРНОСТЬ ТРАДИЦИЯМ: КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НГМУ 90 ЛЕТ

Калиниченко А.В., Баннова Е.С., Гуринович Е.Г., Летягина В.В.,
Чебыкин Д.В.

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

В 2025 г. Новосибирскому государственному медицинскому университету исполняется 90 лет. В числе немногих кафедр, начавших работать в сентябре 1935 г., была кафедра социальной гигиены. Первым заведующим кафедрой был профессор Максим Густавович Тракман, известный организатор здравоохранения, возглавлявший Западно-Сибирский крайздравотдел. На кафедре с самого начала в качестве совместителей стали работать руководители медицинских учреждений города и области, тем самым были заложены традиции постоянного и тесного взаимодействия кафедры с практическим здравоохранением, которые поддерживаются и в настоящее время.

В 1937 г. М.Г. Тракман и первый директор НГМИ И.Х. Лифшиц были репрессированы. А институт и кафедру социальной гигиены возглавил один из ведущих специалистов в области организации здравоохранения, доцент Григорий Терентьевич Шиков, который до конца 40-х годов также руководил и ГИДУВом, на базе которого был создан НГМИ. Незадолго до войны, в 1940 г., на территории 1-ой городской клинической больницы был построен морфологический корпус, в который вместе с другими кафедрами переехала и кафедра социальной гигиены. Ведущим направлением научной работы кафедры в предвоенные годы было изучение заболеваемости населения и детской смертности в Западно-Сибирском регионе.

Великая Отечественная война внесла коррективы в работу всех кафедр медицинского института, в котором, несмотря на трудности,

ни на один день не прекращались занятия. Деятельность кафедры социальной гигиены в военные годы была весьма многогранной: это ускоренная подготовка организаторов здравоохранения, разработка рекомендаций по организации системы эффективного лечения раненых, организации эвакогоспиталей, сбор средств в фонд обороны и многое другое.

После перевода ГИДУВа в г. Сталинск (ныне г. Новокузнецк) кафедру социальной гигиены, которая к тому времени стала называться кафедрой организации здравоохранения, в 1952 году возглавил доцент Константин Александрович Цилев. Выпускник Ленинградской военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, участник Великой Отечественной войны, имевший опыт работы на кафедрах организации здравоохранения Ижевского и Ставропольского медицинских институтов. Научная деятельность кафедры в те годы в соответствии с новым названием стала в большей степени сосредотачиваться на вопросах организации здравоохранения, а также истории развития здравоохранения Сибири советского периода. Сотрудники кафедры стали активно приглашаться на должности главных специалистов городского и областного отделов здравоохранения, а к преподавательской деятельности вновь стали привлекаться ведущие специалисты практического здравоохранения.

В 1961 г. по состоянию здоровья К.А. Цилев был освобожден от должности заведующего, но остался работать на кафедре в должности доцента. Кафедру, в том же 1961 году, возглавил доцент Борис Николаевич Палкин, в годы войны досрочно окончивший военно-медицинскую академию в Ленинграде, а позже 2-й Московский медицинский институт. Долгое время он работал в органах здравоохранения Казахстана, на кафедрах организации здравоохранения Казахского государственного и Благовещенского государственного медицинских институтов, а также в практическом здравоохранении Владимирской области. Научные интересы Б.Н. Палкина лежали в области истории медицины России, на его монографию «Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники» (1959) до сих пор ссылаются многие энциклопедические издания. Помимо руководства кафедрой, с 1964 по 1970 годы он выполнял обязанности проректора по учебной работе. Под руководством доцента Б.Н. Палкина проводилась большая работа в помощь органам здравоохранения города и области, он являлся председателем секции социальной

гигиены Новосибирского отделения Всесоюзного научного общества гигиенистов и санитарных врачей.

В 1966 г. кафедра вновь изменила свое название, и, соединив два прежних, стала называться кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения. После отъезда в 1970 г. Б.Н. Палкина в г. Хабаровск, обязанности заведующего кафедрой вновь исполнял К.А. Цилёв. В 1973 г. на должность заведующего кафедрой был назначен доцент Николай Георгиевич Кривобоков, выпускник Ставропольского медицинского института. Основным направлением его научной деятельности были вопросы организации санитарно-гигиенической службы. В этот период перед кафедрой и вузом особо ставилась задача усиления подготовки специалистов в области организации здравоохранения, в начале 70-х годов уже многие выпускники медицинского института занимали различные руководящие должности в практическом здравоохранении города и области.

После назначения Н.Г. Кривобокова директором Пятигорского НИИ курортологии и физиотерапии, кафедру в 1977 г. впервые возглавил выпускник НГМИ, отличник здравоохранения СССР, доцент Анатолий Григорьевич Кононов, опытный педагог и организатор здравоохранения, до этого руководивший экономико-математической лабораторией АСУ ЦНИЛ НГМИ. Научные интересы А.Г. Кононова были связаны с внедрением разработок АСУ в деятельность органов здравоохранения и были направлены на оптимизацию всей системы управления здравоохранением. Именно в этот период в учебном процессе и научной деятельности стали активно использоваться возможности ЭВМ. Это явилось отправной точкой процесса, который впоследствии вылился в масштабную компьютеризацию высшей школы и системы здравоохранения. В 70-х годах кафедра продолжала расширять масштабы своей деятельности. По просьбе органов здравоохранения сотрудники кафедры в рамках цикла усовершенствования главных врачей стали проводить занятия с руководителями медицинских учреждений города и области. На базе кафедры был открыт факультет повышения квалификации для руководящих кадров медицинских училищ, начал создаваться музей истории НГМИ, ныне преобразованный в историко-просветительский центр НГМУ.

В 1984 г. А.Г. Кононов ушёл по собственному желанию, а кафедре возглавил выпускник НГМИ, отличник здравоохранения СССР,

профессор Александр Федорович Финченко, имевший большой опыт работы в практическом здравоохранении, в должности главного терапевта НСО. Одновременно с руководством кафедрой А.Ф. Финченко дважды выполнял обязанности проректора по лечебной работе НГМИ. Основные усилия новый руководитель сосредоточил на развитии и укреплении кафедры, её материально-технической базы и кадрового состава. Продолжалось тесное сотрудничество с практическим здравоохранением. На кафедре в качестве внешних совместителей работали многие руководители здравоохранения города и области.

Научные интересы кафедры в этот период были связаны с изучением вопросов системогенеза болезней человека, внутреннего и окружающего мира, воспроизводства и охраны здоровья населения, профилактики социально значимых заболеваний, актуальных проблем организации, экономики здравоохранения и социальной медицины. Кафедра имела тесные научные контакты с СО РАМН, головным институтом им. Семашко, институтами и университетами России. На протяжении многих лет А.Ф. Финченко являлся членом коллегии управления здравоохранения НСО, был экспертом комитета здравоохранения Государственной Думы, главным внештатным специалистом области по организации здравоохранения, председателем общества врачей организаторов здравоохранения.

В связи с происходящими в обществе изменениями и новыми ориентирами развития в середине 90-х годов кафедра была переименована в кафедру социальной медицины, организации и экономики здравоохранения. В учебных программах появились такие темы, как экономика здравоохранения, медицинское страхование, юридические основы деятельности врача и другие, касающиеся работы медицинских организаций в новых социально-экономических условиях.

В 1997 г. после перевода А.Ф. Финченко на работу в администрацию НСО, кафедру возглавил выпускник НГМИ, профессор Александр Викторович Калиниченко. В течение 10 лет А.В. Калиниченко одновременно являлся проректором по социально-экономическим и правовым вопросам НГМУ, а с 2010 г. по 2024 г. возглавлял крупнейшее в городе поликлиническое учреждение ГБУЗ НСО КДП № 27. Научные интересы профессора А.В. Калиниченко связаны с разработкой современных информационных технологий,

оптимизацией управления и кадровой политики здравоохранения. Калиниченко А.В. является автором пяти монографий, свыше 250 печатных работ и трёх рационализаторских предложений. Под его руководством подготовлены 8 кандидатских и 2 докторские диссертации. Общественная активность А.В. Калиниченко хорошо известна в городе и области. Он является депутатом Законодательного собрания Новосибирской области, председателем экспертного совета при Уполномоченном по правам ребенка НСО, был заместителем председателя диссертационного совета по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» при КГМУ им. профессора Войно-Ясенецкого.

В 2000 г. в связи с переходом на новые федеральные образовательные стандарты, кафедра по наименованию профильной дисциплины стала называться кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, произошли существенные изменения в структуре и содержании её работы. Так, на кафедре был организован курс экономики и управления в здравоохранении, определивший новое направление образовательной деятельности НГМУ. В 2001 г. для проведения квалификационных экзаменов в рамках последипломного обучения на базе кафедры был организован сертификационный центр с собственным компьютерным классом. Позже этот центр вошел в департамент последипломного образования и существует ныне как центр сертификации и аттестации.

В 2004 г. на кафедру вернулось преподавание правовых дисциплин, что, с одной стороны, сохранило преемственность преподавания права именно на этой кафедре, а с другой, подтвердило целесообразность изучения вопросов общественного здравоохранения во взаимодействии с изучением законодательства. С 2021 года кафедра ежегодно проводит Всероссийские медико-правовые чтения: «Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание». В этом году мероприятие пройдет в пятый раз.

С 2020 года после закрытия факультета менеджмента на кафедре общественного здоровья и здравоохранения стали преподаваться экономические дисциплины.

История кафедры отразилась в смене её названий. Кафедра социальной гигиены, кафедра организации здравоохранения, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, кафедра соци-

альной медицины, организации и экономики здравоохранения, кафедре общественного здоровья и здравоохранения. Меняется время, меняются задачи и приоритеты.

Традиционно в юбилейные годы в университете проходят масштабные мероприятия по различным направлениям. Так, по инициативе и с активным участием кафедры общественного здоровья и здравоохранения в 2005 г. прошла I Международная научно-практическая конференция «Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения», а в 2010 г. II-ая – «Общественное здоровье: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации». В 2015 г. состоялся I Международный Форум «Менеджмент здравоохранения в XXI веке: организация, право, экономика, образование». В 2020 году юбилей не отмечался из-за пандемии.

Достоин и уверенно встречает свой 90-летний юбилей кафедра общественного здоровья и здравоохранения НГМУ, коллектив которой, сохранив опыт и традиции предыдущих поколений, обладает достаточным потенциалом для решения стоящих перед ним задач и готов к дальнейшей деятельности на благо родного вуза и российского здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ефремов А.В. Ученые Новосибирского медицинского института в XX веке / А.В. Ефремов, В.Д. Новиков, А.Н. Евстропов. – Новосибирск, 2001. – С.111, 233.
2. НГМА на рубеже веков. – Новосибирск: Сибмедиздат, НГМА, 2005. – С.222-224
3. Новосибирская государственная медицинская академия. – Новосибирск: Приобские ведомости, 2005. – 95 с.
4. Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения: Материалы I международной научно – практической конференции. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМА, 2005. – С. 3-7
5. К 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения Новосибирского государственного медицинского университета // Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание. – 2015. – № 3.
6. Менеджмент здравоохранения в XXI веке: организация, право, экономика, образование: Материалы международного Форума / под общей редакцией: И.О. Маринкина, М.А. Садового. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2015, С. 136-140.

КОММУНИКАЦИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ В КОНТЕКСТЕ НАРРАТИВНОГО ПОДХОДА

Барбашина Э.В.

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

Общение между врачами (медицинскими работниками) и пациентами достаточно долго оставалось без пристального внимания со стороны представителей медицины, социологии, психологии, антропологии, философии. Однако, начиная с 70-х годовой начинается рост теоретических и эмпирических исследований, посвященных различным вопросам коммуникации в медицине в целом, и вопросам коммуникативного взаимодействия между врачами (медицинскими работниками) и пациентами, в частности. Рост исследований приводит, как ни странно, к увеличению тех вопросов, которые «уже» должны были быть решены или должны быть изучены «в первую очередь». Во многом сложившаяся ситуация определена тем, что межличностные взаимодействия между врачом и пациентом (сосредоточимся именно на этих взаимоотношениях) являются наиболее сложным видом коммуникации. Это связано с тем, что участники коммуникации изначально находятся в неравных отношениях, и в ситуации информационной асимметрии. Более того, эти отношения, как правило, не являются добровольными. Они возникают в результате необходимости получения квалифицированной медицинской помощи, а не как следствие непреодолимого желания пообщаться друг с другом и получить от этого эмоциональное, интеллектуальное удовольствие. Следует учитывать также и то, что общение между врачом и пациентом связано с жизненно важными вопросами и осуществляется достаточно часто в ситуации экзистенциального кризиса, что неизбежно вызывает повешенную эмоциональность со стороны пациента.

Несмотря на методологические, содержательные сложности изучения данного вида коммуникации, количество исследований, связанных с различными вопросами межличностного общения врача и пациента, постоянно увеличивается. В какой-то степени это неизбежно и, скорее всего, их количество будет увеличиваться. Причина этого заключается в том, что особенности коммуникации, различные ее аспекты влияют на поведение пациента, его удовлетворенность

лечением, запоминание медицинской информации, готовность выполнять медицинские предписания («приверженность лечению», комплаенс), и, что самое главное, на процесс лечения. Об этом свидетельствуют многочисленные эмпирические исследования [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Необходимость оптимизации процесса общения врач-пациент обусловлена также законодательными требованиями, представленными, например, в государственной программе «Развитие здравоохранения». Согласно данному документу, предполагалось повысить удовлетворенность населения качеством медицинской помощи до 54% к 2025 году. В более общем виде эта идея представлена в приказе Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предикативной, превентивной и персонализированной медицины».

К настоящему времени отсутствует терминологическое единство между понятиями «персонализированная медицина», «индивидуализированная медицина», «пациенториентированная медицина», «P4-медицина» и некоторыми другими. Однако каждый из этих терминов предполагает необходимость учета личностного восприятия качества оказываемой медицинской помощи со стороны пациента.

Как показывают опросы, проведенные в России, согласно ответам респондентов, достигнут достаточно высокий уровень удовлетворенности оказанием медицинских услуг, как в амбулаторных условиях, так и в стационарных. Согласно последним данным [7], представленным Министерством здравоохранения по состоянию на 1 октября 2024 года, показатель удовлетворенности населения медицинской помощью составил 54,9%. Эти данные свидетельствуют о превышении плановых показателей, зафиксированных в федеральном проекте «Модернизация первичного звена здравоохранения». Если плановое значение составляло 53,1%, то достигнуто было 103,4%, что свидетельствует о превышении на 3,4%. Более того, в 59 регионах, что составляет более половины, плановые показатели удовлетворенности населения медицинской помощью были превышены. Для сравнения, до начала пандемии COVID-19 они составляли в разные годы около 30%, то есть были существенно ниже уровня, достигнутого к октябрю 2024 года.

Наряду с оптимистичными данными, представленными выше, согласно исследованиям, проведенным Центром гуманитарных тех-

нологий и исследований «Социальная механика» при поддержке Всероссийского союза пациентов (ВСП) ситуация несколько иная. Согласно их исследованию, проведенному методом анкетирования в 81 субъекте, среди обратившихся за медицинской помощью по полису ОМС, удовлетворенность в той или иной степени высказали 39,7%, ответ «не удовлетворены» выбрали 41,6% опрошенных. И только 2% указали, что не испытывали никаких трудностей при получении амбулаторной помощи. Удовлетворенность в той или иной степени отношением со стороны врачей, медицинских сестер, регистраторов, санитаров проявили 48,8% опрошенных. В то время как ответ «не удовлетворен» выбрали 18,4% опрошенных. Конечно, далеко не все проблемы связаны именно с коммуникацией, и больший негатив вызывает ожидание приема, невозможность попасть к узкому специалисту после записи, долгое ожидание инструментальных исследований и т.д. Однако некорректное поведение медицинских работников отметили 53% опрошенных.

Согласно другому исследованию, проведенному в 2024 году Народным фронтом среди 16 100 граждан, об оценке национальных проектов «Здравоохранение» и «Демографии» более половины респондентов оценили ситуацию в здравоохранении «скорее, как плохую» (52%). И только 35% оценили ее как «хорошую» [8].

Сложность выстраивания коммуникации между врачом и пациентом изначально обусловлена смысловыми барьерами: отношение к смерти; контекст болезни; представление о причинах заболевания; стыд, вина, страх. Болезнь, за исключением хронических, как правило, неожиданное событие, которое вызывает у пациента негативные эмоции, в том числе страх, страх смерти. В отличие от пациента, у врача принципиально иное отношение к смерти, оно не окрашено личностно-значимыми переживаниями. Контекст болезни также является разным. Если врач рассматривает ее как биологический процесс, требующий медицинского вмешательства, то пациент рассматривает ее в контексте своей жизни, в соотношении со значимыми событиями прошлого и проектом будущего. Пациент, на обладая знаниями в области медицины, тем не менее имеет представление о причинах заболевания. А учитывая «интернет-осведомленность» современных пациентов, то многие из них уверены, что их знание причин более правильное, чем то, которое есть у врача. Если причинно-следственные отношения между причинами и следствием, то

есть болезнью, существенно различаются у врача и пациента, то процесс дальнейшего сотрудничества оказывается под угрозой. И, наконец, практически любая болезнь делает пациента более уязвимым, «хрупким», вызывает отрицательные эмоции (стыд, вину, страх) относительно своего прошлого и действий врача в настоящем. Как ни странно, но далеко не всегда и врачи чувствуют себя комфортно в процессе общения с пациентами. Отрицательные эмоции со стороны пациента или врача изначально осложняют процесс коммуникации, также как и рассмотренные выше разные отношения к смерти, отличающиеся понимание контекста болезни и ее причин.

Одним из общепризнанных способов оптимизации процесса общения «врач-пациент» является развитие нарративной медицины в целом, нарративного подхода в частности. Нарративная медицина возникает как реакция на недостатки биомедицинской модели медицины. Ее теоретическим основанием служат результаты развития нарративных исследований в социально-гуманитарных дисциплинах (философия, литературоведение, психология, культурология и другие), осмысление опыта первичной медико-санитарной помощи, пациентоориентированного ухода [9]. Более кратко, нарративная медицина ориентирована на биопсихосоциальную медицину и целостный уход. Нарративная медицина является «фундаментальным инструментом для приобретения, понимания и интеграции различных точек зрения всех участников, играющих роль в опыте болезни» [10].

К минимальным условиям реализации нарративной коммуникации между врачом и пациентом относятся: диалог, любознательность, диалогическое вопрошание, контекст, готовность к разнообразию, внимание, непредвзятость.

Выстраивание диалога позволяет пациенту не просто излагать свою историю, но исследовать, понимать взаимосвязи, различия, возможности, то есть выстраивать посредством коммуникации новую реальность. Любознательность проявляется как подлинный интерес к тому, что происходит с пациентом, к его интерпретации прошлого и ожиданиям будущего. Не менее значимым является саморефлексия со стороны врача: эмоции, чувства, реакции на пациента и на происходящее.

Большую роль в любой коммуникации, а тем более в общении между врачом и пациентом играют уточняющие и восполняющие вопросы. Они не только направляют нарратив пациента, но также

раскрывают смысловое основание вопросов, то есть ту информацию, которая служит фундаментом любого вопроса. Внимание со стороны врача к жизненному миру пациента, «контексту его существования» позволяет получить информацию о семейных отношениях, рабочей ситуации, принадлежности к различным социальным сообществам, об убеждениях и ценностях.

Учитывая изначальные смысловые барьеры в коммуникации врач-пациент, о которых было сказано выше, индивидуальность каждого пациента, следует изначально быть готовым к коммуникативным сложностям. Быть готовым к тому, чтобы, чтобы противостоять ошибочным, но устойчивым представлениям пациента о причинах болезни, взаимосвязи причины и следствия, способах дальнейшего действия.

Коммуникация между врачом и пациентом является сложным, изначально противоречивым процессом, который, тем не менее, ориентирован на одинаковые цели: излечение болезни, облегчение страданий, повышение (сохранение) качества жизни. Одним из реальных способов приближения к этим целям является выстраивание коммуникации врач-пациент в контексте нарративного подхода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Inui, T.S., Carter, W.B., Kukul, W.A., Haigh, V.H. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques // *Med Care*. 1982. № 20 (6). P. 535-549.
2. Molleman, E., Krabbendam, P.J., Annyas, A.A., Koops, H.S., Sleijfer, D.T., Vermey, A. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer // *Soc Sci Med*. 1984. №18(6). Pp. 475-480.
3. Stewart, M.A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes // *Soc Sci Med*. 1984. № 19(2). Pp. 167-175.
4. Roter, D.L., Hall, J.A., Katz, N.R. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions // *Med. Care*. 1987. № 25(5). Pp. 437-451.
5. Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care // *Soc. Sci. Med*. 1991. № 32 (11). Pp. 1301-1310.
6. Roter, D.L., Hall, J.A. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Westport, Conn.: Auburn House, 1992. 203p.
7. Бескаравайная, Т. Минздрав оценил удовлетворенность населения медицинской помощью в 55% // *Медвестник [Электронный ресурс]*. 2024. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-ocenil->

udovletvorennost-naseleniya-medicinskoi-pomoshu-v-55.html (дата обращения: 20.04.2025).

8. Бескаравайная, Т. Об удовлетворенности медицинской помощью в системе ОМС сообщили почти 40% россиян // Медвестник [Электронный ресурс]. 2023. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Ob-udovletvorennosti-medicinskoi-pomoshu-v-sisteme-OMS-soobshili-pochti-40-rossiyan.html> (дата обращения: 20.04.2025).
9. Барбашина, Э.В. Трансформация «нарратива» в социально-гуманитарном познании // Сибирский философский журнал. 2023;21(2):71-80.
10. Fioretti, C., Mazzocco, K., Riva, S., Oliveri, S., Masiero, M., Pravettoni, G. Research studies on patients' illness experience using the narrative medicine approach: a systematic review // BMJ Open. 2016. №6 (7).

К ВОПРОСУ О ПРЕДМЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И ПРАКТИЧЕСКОМ СМЫСЛЕ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Васильев И.В.

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

Вопрос о предмете медицинского права был актуализирован 11 января 2024 г Постановлением № 1 Конституционного суда Российской Федерации, в котором было указано на некую предметную область медицинского права, что можно считать официальным подтверждением существования данной отрасли права. Данное постановление можно считать отражением складывающейся реальности. Во многих ВУЗах созданы кафедры медицинского права, существует большое количество учебников по данной дисциплине. Большинство авторов определяют медицинское право как комплексную отрасль права, понимая под этим регулирование отношений в сфере здравоохранения нормами различных отраслей права: гражданского, уголовного, административного (Мохов А.А., Сергеев Ю.Д., Тихомиров А.В. и др.). Концепция комплексных отраслей права была предложена В.К. Райхером, в 1947 г. в работе «Общественно-исторические типы страхования». Она была основана на том, что право - это система, которая не является объективной действительностью, а есть лишь продукт субъективной деятельности, и поэтому существующие критерии предмета и метода необязательны для отраслеобразования, поскольку человек может проводить систематизацию элементов по разным признакам. На момент выхода моногра-

фии она имела достаточно прогрессивный характер в применении системного метода в правовом регулировании. Вместе с тем, подобный подход имеет фундаментальное противоречие, заключающийся в том, что вполне допустимое для науки о системах положение о возможности систематизации реальности по разным критериям порождает возникновения множественности систем. Следовательно, признавая возможность существования отраслей права, выделенных не на основании предмета и метода регулирования, исследователь отрицает право как единую систему, а подразумевает некий набор правовых норм, который может быть систематизирован по различным критериям, которые исследователь выбирает для систематизации. Достаточно подробный анализ данного подхода предложен Н.М. Асланян в статье «Концепция комплексных отраслей права в свете системных представлений». В конце 20, начале 21 века появились работы отрицающие существование отраслей в принципе, делая акцент на искусственности, «вымышленности» «отраслевого деления права. Предлагалось считать элементом права – нормы права, возможность различных вариантов их систематизации в зависимости от ее целей. (см. например Ямпольская Ц.А., Андреев В.К., Маврин С.М.). В последнее время распространенность подобных взглядов приняла общеупотребимый характер, и множество квалификационных работ предлагает создать новую комплексную отрасль права только лишь на основании некоей пограничной области регулирования различными нормами. Подобный подход кажется заманчивым! И действительно, спорт регулируется правом, и систематизация норм регулирующих данную область общественных отношений напрашивается сама собой, аналогичный подход имеется в подходах к фармацевтическому, здравоохранительному и, не дай бог, к клининговому праву.

Однако следует подчеркнуть, что система права, будучи искусственно создана, складывалась тысячелетиями и эмпирически приобретала некую самостоятельную значимость. Исходя именно из системного анализа, эта ценность заключается в том, что эта система функционирует. Элементом функциональности системы права является механизм правового регулирования, который по мнению А.В. Малько: «... система юридических средств, организованных наиболее последовательным образом в целях преодоления препятствий, стоящих на пути удовлетворения интересов субъектов права». Каждый механизм есть совокупность элементов систематизирован-

ных функционально, то есть каждый элемент дает жизнь другому элементу. Их разобщение приводит к разобщению функционирования всего механизма.

Таким образом, классический подход к разделению отраслей права по критерию предмет-метод является функциональным и попытки внедрения дополнительных критериев приводят к разобщению функционирования механизма. Субъективность систематизации подкупает кажущейся очевидностью. Однако попытка субъективной систематизации приводит к исчезновению функциональности. Так, например, автомобиль есть исключительное порождение человеческой мысли, основанное на функциональности. Можно ли систематизировать автомобили по иным признакам. Безусловно. Можно, например, с позиции производства систематизировать автомобиль по признаку материала, разделив его на пластмассу, сталь, медь, резину и т.д. Воспроизведя и разложив систему по данным критериям, мы получим автомобиль. Вес, состав материалов, их качество будут полностью соответствовать автомобилю, но он не поедет, поскольку данная, вполне качественно созданная система не является автомобилем — функционально-организованной системой. Является ли данная систематизация допустимой? Безусловно, она необходима для процесса производства автомобиля.

Следовательно, попытки формирования, так называемых комплексных отраслей права подразумевают расчленение единого тела права и составление его в произвольной последовательности в надежде, что эта умозрительная система начнет функционировать в едином механизме.

Однако вернемся к медицинскому праву. Казалось бы, все вышеперечисленные аргументы относятся и к этому новообразованию. В полном соответствии с концепцией комплексных отраслей медицинское право определило предмет — отношения в сфере охраны здоровья. Более того ч. 3, ст. 3 закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» гласит: «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.» Вместе с тем, вследствие юридической неопределенности предмета Закон содержит нормы, регулирующие трудовые, граждан-

ско-правовые и даже уголовные правоотношения. С другой стороны нормы об охране права на жизнь и здоровье включены в предметную область практически всех отраслей права. Данное положение приводит к разрушению системности права и к появлению возможных неразрешимых юридическим способом правовых коллизий. По нашему мнению, отражением именно этого процесса является ситуация с уголовной ответственностью по статье 238 УК РФ, неопределенности с использованием экспертизы качества медицинской помощи в гражданском процессе и т.д. Тем не менее, объективность существования медицинского права не вызывает сомнения. Что отражено и в позиции Конституционного суда РФ. Провозглашение Конституционным судом наличия медицинского права сопровождалось прямым указанием на один из его предметов: определение степени тяжести вреда здоровью. Более того КС прямо указал, что уголовное право не регулирует предмет медицинского права, равно и как медицинское право не может регулировать уголовно-правовые отношения. И действительно, некое повреждение, причиняющее неустранимые последствия, с развитием медицины становится малозначительным, нечто смертельное может стать несущественным, но данные обстоятельства возможны к установлению только с учетом меры развития медицины. Появление в современном Российском законодательстве гражданско-правового регулирования медицины, казалось бы, отнесло медицинскую помощь к разряду услуги. Жизнь и здоровье — личные неимущественные блага принадлежащие гражданину от рождения и он распоряжается ими в своей автономной воле, что прямо соответствует гражданско-правовому регулированию. Но право на жизнь и здоровье относится к неотчуждаемым и непередаваемым правам, которые не могут быть предметом регулирования отраслью гражданского права, являясь лишь предметом охраны.

Право не есть застывший конгломерат, право меняется с развитием общества. Можно определить существенный дрейф неотчуждаемых прав в область правового регулирования в связи с развитием технологий. Так возможность звукозаписи привела к регулированию права передачи фонограмм, право на образ стало передаваемым с возможностью отторжения изображения от личности. Современный уровень развития медицины и права приводят к появлению специфических правоотношений. При выполнении медицинского вмешательства происходит вторжение в здоровье и жизнь человека. Большин-

ство медицинских вмешательств выполняют объективную сторону причинения вреда здоровью, нарушая целостность и функцию органов и тканей, и не могут быть обоснованы лишь желанием или согласием самого субъекта. Основой возникновения данных отношений являются императивные нормы, закладываемые в самой медицине.

Таким образом, основным предметом медицинского права является медицинское вмешательство, и именно это отношение не может быть урегулировано иными отраслями права. Услуга, действие в чужом интересе, административное повеление – это лишь формы выполнения медицинского вмешательства, урегулированного медицинским правом. На наш данный подход позволит определить отрасль медицинского права и ее место в правовой системе РФ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Асланян Н.М. Концепция комплексных отраслей права в свете системных представлений // Журнал российского права. – 2016. – № 5. – С. 12-25.
2. Малько А.В. Механизм правового регулирования: понятие и структура // Правоведение. – 1996. – № 4. – С. 55-63.
3. Мохов А.А., Сергеев Ю.Д., Тихомиров А.В. Медицинское право: учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 480 с.
4. Райхер В.К. Общественно-исторические типы страхования. – М.: Изд-во АН СССР, 1947. – 320 с.
5. Ямпольская Ц.А. Отрасли права и их система в современном законодательстве // Государство и право. – 2003. – № 9. – С. 5-14.
6. Андреев В.К. Система права в России: проблемы реконструкции // Вестник МГУ. Серия 11: Право. – 2001. – № 2. – С. 3-15.
7. Маврин С.М. Отраслевая дифференциация права и её значение для правоприменения // Правовая наука. – 2010. – № 3. – С. 18-30.

ЦИФРОВОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Головина С.Ю.

*ФГБОУ ВО Уральский государственный юридический университет
им. В.Ф. Яковлева (Екатеринбург)*

Цифровое профилирование является одним из современных направлений цифровой трансформации общества, позволяющее опера-

тивно осуществлять сбор, анализ и использование данных о работниках в цифровом виде. Систематизация информации о личности, получаемая из различных источников, в том числе сети «Интернет», позволяет формировать так называемые «цифровые профили». Создание цифровых профилей осуществляется в различных областях деятельности, не является исключением и сфера здравоохранения.

Понятие цифрового профиля пока не получило должного законодательного закрепления, поэтому мы можем наблюдать большое разнообразие научных подходов к формированию его дефиниции. Так, А.К. Жарова дает следующее определение: «цифровой профиль – это многоуровневая сложная система, формирование которой обеспечивается анализом данных, содержащихся во всех информационных системах, а также в информационно-телекоммуникационных сетях» [1]. Более лаконичное определение формулирует И.А. Филипова: «Цифровой профиль – это совокупность актуальных и достоверных данных о физическом или юридическом лице в цифровом формате» [2]. Отдельные авторы различают цифровой профиль в широком и узком смысле. «Под цифровым профилем в узком смысле предлагается понимать совокупность сведений о лице, содержащихся в информационных системах органов публичной власти и организаций, аккумулируемых на единой платформе в целях предоставления государственных и муниципальных услуг. Цифровой профиль в широком смысле представляет собой совокупность аккумулируемых на единой платформе сведений о лице, содержащихся в информационных системах органов публичной власти и организаций, а также сведений, получаемых в результате обработки данных о деятельности соответствующего лица, в том числе его сетевой активности» [3].

Единственное на сегодняшний день нормативное толкование цифрового профиля дается профильным ведомством применительно к гражданину: это совокупность всех данных о гражданине, которые имеются в распоряжении государственных органов и государственных информационных систем, а также совокупность технических средств, которые позволяют управлять этими данными, в том числе предоставлять их третьим лицам с согласия и в интересах самого гражданина [4]. Именно это определение в наибольшей степени подходит для определения цифрового профиля медицинского работника.

Сфера здравоохранения, как одна из наиболее значимых социальных отраслей, развивает профилирование сразу в нескольких направлениях, включая формирование цифровых профилей пациентов и цифровых профилей медицинских работников. Одним из проектов стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения является платформизация и создание «цифровых двойников» пациентов, медицинских организаций, медицинских работников [5]. Создание цифрового профиля пациента на базе единого регистра застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию прямо предусмотрено в государственных стратегических документах. Нормативную основу для формирования цифрового профиля медицинского работника составляют статьи 92 и 93 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6], согласно которым в сфере здравоохранения ведется персонифицированный учет медицинских и фармацевтических работников, который включает в себя обработку целого ряда персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; страховой номер индивидуального лицевого счета; место рождения, место жительства, место и дата регистрации; сведения об образовании, об обучении или о периоде обучения, в том числе данные об организациях, осуществляющих образовательную, о документах об образовании и (или) о квалификации, договоре о целевом обучении, сертификате специалиста или о прохождении аккредитации специалиста, сведения о результатах сдачи экзамена для получения допуска к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием; наименование организации, осуществляющей медицинскую деятельность; занимаемая должность; сведения о членстве в профессиональных некоммерческих организациях. Порядок ведения федерального регистра медицинских и фармацевтических работников установлен Министерством здравоохранения РФ [7].

Внесение основных сведений о медицинских работниках в федеральный регистр осуществляют уполномоченные лица не позднее трех рабочих дней со дня заключения трудового договора с медицинским работником (в том числе при работе по совместительству) на основании первичных документов кадрового учета и документов, предоставляемых медицинским работником. И вот здесь возникает

вопрос: а существует ли законодательное закрепление обязанности медицинского работника предоставлять все сведения из перечня, установленного Законом об охране здоровья граждан? В ст. 73 указанного закона, перечисляющей обязанности медицинских работников, такого требования нет. Конечно, большинство сведений медицинский работник сообщает работодателю, предоставляя документы при заключении трудового договора согласно ст. 65 Трудового кодекса РФ. Но среди этих данных не фигурируют, например, сведения о членстве в профессиональных некоммерческих организациях. Более того, закон запрещает требовать от лица, поступающего на работу, документы помимо предусмотренных ТК РФ, иными федеральными законами, указами Президента РФ и постановлениями Правительства РФ. Следовательно, возможен только добровольный порядок предоставления данных о членстве в профессиональных некоммерческих организациях, а это не гарантирует государству получение полной и достоверной информации.

По установленным государством требованиям сведения о медицинских работниках должны актуализироваться, но вот здесь возникает очередная проблема. Как будут актуализироваться данные о медицинских работниках, не состоящих в трудовых отношениях, в случае, например, изменения фамилии или места жительства? Для самого медицинского работника такая обязанность (актуализировать сведения ЕГИСЗ «Федеральный регистр медицинских работников») не установлена, следовательно требование достоверности отраженных в ЕГИСЗ данных не всегда может быть соблюдено в полном объеме.

Тем не менее, несмотря на законодательные пробелы, следует признать, что формирование пакета данных о медицинском работнике в цифровом виде становится привычной практикой, а использование цифровых данных удобным аналитическим инструментом для принятия управленческих решений. Установление нормативных правил создания и использования цифрового профиля работника находится на стадии формирования, и законодателю следует учитывать риски, которые несет такое профилирование [8]. Целый ряд вопросов требует своего нормативного отражения, например, каков объем необходимого и достаточного набора данных в составе цифрового профиля медицинских работников? Другой актуальный вопрос, которым задаются многие исследователи, - каковы пределы

использования искусственного интеллекта при обработке данных цифрового профиля? Искусственный интеллект как прорывная цифровая технология позволяет успешно обрабатывать так называемые «большие данные», но существует опасность принятия неправомерных управленческих решений, основанных на алгоритмических выводах. Наконец, гарантирует ли государство защищенный и безопасный обмен персональными данными медицинских работников между разными заинтересованными субъектами? От решения этих вопросов зависит не только эффективность цифрового профилирования, но и степень правовой защищенности работников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Жарова, А.К. Вопросы обеспечения безопасности цифрового профиля человека / А.К. Жарова // Юрист. 2020. № 3. С. 55–61.
2. Филипова, И.А. Алгоритмический менеджмент и цифровое профилирование в сфере труда / И.А. Филипова // Трудовое право в России и за рубежом. 2023. № 1. С. 16–19.
3. Попова, С.С., Беденкова, А.С. Цифровой профиль: определение и применение в государственном управлении / С.С. Попова, А.С. Беденкова // Вестник Московского университета. Серия 21. Управление (государство и общество). 2024. Т. 21. № 1. С. 98–120.
4. Приказ Минцифры России от 30 июня 2022 г. № 505 «Об утверждении методик расчета показателей федеральных проектов национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» // официальный интернет-портал правовой информации (pravo.gov.ru) 30 мая 2022 г. N 0001202205300035.
5. Распоряжение Правительства РФ от 17 апреля 2024 г. № 959-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 19.04.2024, № 0001202404190016.
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
7. Приказ Минздрава России от 28 октября 2022 г. № 708н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, лиц, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального и высшего медицинского образования, образовательным программам среднего профессионального и высшего фармацевтического образования» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 21.11.2022, № 0001202211210069.

8. Мочалов, А.Н. Цифровой профиль: основные риски для конституционных прав человека в условиях правовой неопределенности / А.Н. Мочалов // Lex Russica (Русский закон). 2021. Т. 74. № 9.
9. Исследование выполнено при финансовой поддержке УрГЮУ им. В.Ф. Яковлева в рамках реализации проекта ведущей школы № ВНИШ/25-СГ.

ЭПОХА «ЦИФРЫ». ПРАВО И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ

Медведев С.В.

Правовое Агентство Медведевых (Новосибирск)

Сегодня доминирует внимание к ценностям человека и общества. Активная защита правды о собственной истории, укрепление ценностного конституционного патриотизма, национальной идентичности становятся национальным достоянием и объединяющей силой.

Действительно ли это тренд? Является ли ценностная ориентация фактором, определяющим правовую среду и создающим реальное правотворчество?

Конкуренция между духовным и рациональным отчетливо проявляется в широком распространении, продвижении, в том числе в правовой среде, цифровых технологий, искусственного интеллекта.

Право по своей природе ценностно-ориентировано, строит новое и строится на компромиссе, отражая интересы коллективные и индивидуальные. Право само является системой ценностей общества, которая, в частности, закреплена в Конституции.

«Цифра», напротив, эмпирична, алгоритмична. Вряд ли уместен компромисс (в отличие от права) при реализации цифровой модели развития. При этом всё указывает на то, что «цифра» выполняет роль вектора перехода в технократическую парадигму, то есть также становится инструментом идеологии. Ведь планы государства по внедрению новых цифровых решений амбициозны.

Следовательно, закон, являясь орудием политическим и обеспечивая задачу понуждения членов общества к определённом поведению и защиту тех ценностей, которые сегодня приняты в данном конкретном обществе, должен успевать за технологическими новшествами.

Начало года ознаменовано принятием Конституционным Судом РФ постановления от 11.02.2025 № 6-П «По делу о проверке консти-

туционности частей 1 и 3 статьи 10 Федерального закона «О страховых пенсиях» в связи с жалобой гражданки М.Ю. Щаниковой».

В нем Суд, помимо существа вопроса, высказался недвусмысленно: накопленный опыт регулирования свидетельствует о том, что в этой сфере не исключается возможность определенного отставания нормативной регламентации от развития соответствующих технологий и связанных с их применением общественных отношений.

Читатели сразу отметили проблемные вопросы за рамками предмета спора. Например, о законодательном позволении использовать биологический материал после смерти человека, наводящее на негативные мысли о возможных злоупотреблениях, связанных с обладанием криоконсервированным биоматериалом.

Вместе с тем, не погружаясь в нюансы названного судебного документа и юридические дебри, хочется в связи с этим высказать некоторые позитивные мысли.

Вышеназванное постановление Конституционного Суда по большому счету не является революционным, так как продолжает развивать идеи, выраженные ранее.

Суд ещё в 2012 году в Определении № 880-О признал вспомогательные репродуктивные технологии значимым средством обеспечения интересов семьи, материнства, отцовства, детства и конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Его позиция выразилась в том, что применение ВРТ обеспечивает и материнство, и отцовство, а потому исключение одиноких граждан из числа субъектов права на применение таких технологий будет означать дискриминацию по признаку семейного положения.

Затем в постановлении от 07.03.2023 № 7-П Конституционный Суд признал неродившегося ребенка субъектом правоотношений и вынес вердикт в его защиту, указав, что личное неимущественное право ребенка на компенсацию морального вреда, вызванного гибелью родителя, подлежит защите, даже если на момент смерти отца ребенок еще не родился.

Впервые в отечественном праве был закреплён важный нравственный принцип: ребенок может иметь права не только вследствие рождения.

Вкупе с упомянутым постановлением этого года последовательность Конституционного Суда подтверждает значение для общества и для отдельной личности правовых норм, правовых событий, правовых идеалов и представляет ценностную правовую ориентацию.

Всеми перечисленными решениями, основанными на сущностных обстоятельствах (а не на формальных), Суд подтверждает движение общества по пути духовного развития и нравственного подхода к разным проявлениям жизни, в том числе выстраивая основу для преодоления выхолащивания взаимоотношений между государством и человеком, семьей.

Кроме того, Суд, исследуя обстоятельства применения современных технологий и формирование связанных с этим правоотношений, показывает себя актуальным органом, действующим «на перспективу».

В нашем случае последовательная позиция Конституционного Суда демонстрирует коллективную ответственность государства перед народом за утверждение принципов достоинства человека и выступает ориентиром надлежащего правового регулирования.

Нельзя рассчитывать на то, что теперь отечественные суды в подобных ситуациях будут автоматически удовлетворять требования заявителей. Судебное разбирательство остается процессом творческим и субъективным, а нормы о происхождении ребенка будут актуализированы не сразу.

Тем не менее, необходимость определенной ревизии Семейного и Гражданского кодексов, в частности, норм о наследственном праве, напрашивается.

Укрепляется уверенность в том, что актуальное отечественное право понимается как совокупность ценностно-ориентированных правил, которые носят реальный характер, восприняты членами общества и проводятся в жизнь государством, то есть как право в действии, порождающее устойчивые формы поведения людей.

ЗАКОН ДОСТАТОЧНОГО ОСНОВАНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Мирсаяфов Д.С.

ООО «Доктор Линз Консалтинг» (Москва)

Та концепция, которую я хотел бы здесь представить, значительно шире темы данной конференции, однако имеет к ней прямое отношение. Её смысл состоит в применении **закона достаточного ос-**

нования (*lex rationis sufficientis*) к логической цепочке философия – идеология – деятельность. Пожалуй, более наглядно представлять её в виде иерархической пирамиды, в основании которой лежит философия, в середине – идеология, а сверху – деятельность.

Логический закон достаточного основания не является формальным законом логики и, строго говоря, не принадлежит логике как науке. Он отражает фундаментальное свойство логической мысли быть доказанной. Этот закон – один из основных принципов науки, запрещающий принимать утверждения на веру, без достаточных оснований. Что полагать достаточным основанием, а что недостаточным – это слабое место практического применения данного закона, однако это совершенно не значит, что его не надо применять.

С этой точки зрения основным вопросом любой дискуссии, претендующей на научность, должен быть поиск и нахождение оснований для обсуждаемых утверждений, т.е. совместный поиск истины, а не спор на основе предвзятости в попытках доказать собственную правоту или неправоту оппонента.

Итак, начнём с философии, первого этажа иерархической пирамиды. Что в этой связи следует понимать под **философией**? Мне бы хотелось определить её, так сказать, от противного, оттолкнувшись от радикального мнения В.И. Вернадского, который философию ставил на одну доску с религией и сам себя категорически философом не считал. Правда, он говорил о возможной и необходимой комбинации философии с наукой, но современной ему философии в научности отказывал и полагал её крайне субъективной. На то у него были резоны, но с тех пор прошло сто лет, и я осмелюсь полагать, что сейчас философию можно назвать **наукой предельных обобщений**, которая синтезирует из достижений всех остальных наук некую цельную картину мира, систему знаний, и именно это является её сутью.

Перейдём к определению **идеологии**. По своей сути идеология – это набор целей высокого уровня обобщения, связанных между собой некой концепцией, выделяющей главную идею, или миссию. Если философия отвечает на вопросы «как устроен мир?» и «каково в нём место человека?», то идеология, прямо или косвенно, отвечает на вопросы «что мы все вместе строим?», а также «чего мы хотим?» и «чего мы не хотим?».

Идеология – неотъемлемая часть мировоззрения, поэтому, желаем мы этого, или нет, но всегда обладаем идеологией. Более того, философия – это вторая неотъемлемая часть мировоззрения, поэто-

му каждый из нас ей тоже обладает, поскольку у каждого человека есть представление о том, как устроен мир, даже если оно фрагментарно и сложилось стихийно.

Третий компонент нашей логической и иерархической цепочки – это **деятельность**, которая детализирует крупные идеологические цели, раскладывая их на более мелкие задачи с планируемыми результатами, которых мы постоянно достигаем в нашей повседневной жизни. Деятельность отвечает на вопрос «что надо сделать, чтобы достичь данной цели?»

Логическая взаимосвязь идеологии и деятельности достаточно очевидна: это обычная последовательность процессов целеполагания, за которым следует планирование, с этим люди знакомятся ещё в детстве: чтобы получить это, я должен действовать так. А вот логическая взаимосвязь идеологии и философии менее очевидна и содержит два компонента.

Первый компонент, который можно назвать ретроспективным, – это объяснение существующего целеполагания, исходя из картины мира, и с этой точки зрения потребности человека и их взаимоотношения с окружающим – крайне существенная составляющая этой картины. Первый компонент отвечает на вопрос «почему мы этого хотим?» или «как так получилось, что мы этого хотим?». Иными словами, наши желания – это факт, который требует интерпретации.

Второй компонент, который можно назвать проспективным, – это проектирование целей на основе картины мира, то есть исходя из системы знаний. Второй компонент отвечает на вопрос «чего мы должны хотеть, если мир устроен так?».

Теперь я постараюсь немного конкретизироваться и приблизиться к предмету данной конференции, а именно медицине и праву.

Право – это официальная государственная система правил поведения, регламентирующая также и применение этих правил, т.е. принуждение индивидов к их исполнению. Соответственно, право – это очень существенная часть инструментария государства, с помощью которого оно координирует действия индивидов, населяющих данное государство. Если вернуться к логической цепочке философия – идеология – деятельность, то право относится к категории деятельности, по крайней мере, большей своей частью.

Идеологическая основа права – это **нравственность**, которая предписывает человеку цели, которых следует достигать, и цели, ко-

торых достигать воспрещается. Нравственность довольно трудно отделить от **морали**, их часто путают, называя моралью совокупность норм поведения, отсюда известное словосочетание «моральный кодекс». Но я бы отнёс нормы поведения скорее к нравственности.

Мораль же – это не сами поведенческие нормы, а представления, на которых эти нормы основаны: о добре и зле, соответственно – о хорошем и плохом, соответственно – о правильном и неправильном, а эти представления, поскольку являются частью картины мира, находятся скорее на территории философии, где мораль в своём осознанном виде превращается в **этику**. Этим термином обозначают как раздел философии, так и науку, которая имеет своим предметом мораль и нравственность. Я бы назвал этику научной моралью, отделив её от нравственности как идеологической категории.

Как было сказано выше, современная философия – это наука предельных обобщений, и в этом контексте этика должна быть полноценным элементом научно обоснованной картины мира, логически цельной и связной. Философская этика не должна быть изолированной, замыкаясь на морали, а должна быть частью общей картины мира и представления о месте в ней человека, что можно обозначить как **«феномен человека»**. Итак, в случае права логическая и иерархическая цепочка «философия – идеология – деятельность» выглядит как «феномен человека – нравственность – право».

Медицина – это практика и наука сохранения здоровья. Она, как и право, относится к категории деятельности, и её основным объектом тоже является человек. В качестве государственной отрасли медицина расширяет свои рамки и превращается в **здравоохранение**, которое использует для сохранения здоровья как медицинские, так и иные технологии, но ядром здравоохранения остаётся медицина.

На идеологическом уровне медицине и здравоохранению соответствует **цель быть здоровым**, отражающая соответствующую потребность как каждого индивида, так и общества, организованного в государство.

На философском уровне основанием цели «быть здоровым» является представление о здоровье человека на биологической основе, но не ограничиваясь ей, а наоборот, в максимально широком значении, с привязкой к общей картине мира и к представлению о месте в ней человека, то есть к тому самому **«феномену человека»**, о котором было сказано чуть выше. Итак, в случае медицины логическая и

иерархическая цепочка «философия – идеология – деятельность» выглядит как «феномен человека – цель быть здоровым – здравоохранение». В основании обеих иерархических пирамид, правовой и медицинской, лежит феномен человека.

Медицина имеет в своём составе значительный этический компонент и весьма тесно связана с правом, которое определяет правила поведения в том числе и в медицине. На конференциях, аналогичных этой, львиная доля докладов обычно посвящена горизонтальным связям между правом и медициной на деятельностном уровне.

Я же хочу привлечь ваше внимание в первую очередь к вертикальным связям в каждой из этих иерархических пирамид, а во вторую очередь – к горизонтальным связям, но не на уровне деятельности, а на идеологическом и философском уровнях.

Если право является деятельностью, находящейся под полным государственным контролем, то логично полагать, что такой же государственный контроль должен применяться и к идеологии, которая лежит в основе права, то есть к нравственности, и к философии, которая лежит в основе нравственности, то есть к этике как компоненту феномена человека.

Если здравоохранение является государственной отраслью, то оно тоже находится под государственным контролем. И точно так же, как и с правом, логично полагать, что такой же государственный контроль должен применяться и к идеологии, которая лежит в основе здравоохранения и медицины, то есть к целеполаганию «быть здоровым», и к философии, которая лежит в основе этой идеологии, то есть к пониманию здоровья как компонента феномена человека, а не только в сугубо биологическом смысле.

И затем, чтобы соединить эти две пирамиды, сделать это надо на всех трёх уровнях, а не только на уровне деятельности, и касается это не только права и медицины. Иным словами, на идеологическом уровне государство должно ставить перед собой и своим населением цели, объединённые некой концепцией, а основания для этой концепции государство должно находить в выработанной им же картине мира, т. е. на философском уровне, и эта картина должна 1) быть максимально приближена к объективной, и 2) постоянно подвергаться ревизии и обновлению, иначе мы обманываем сами себя.

Если этого не происходит, государство действует подобно неосознанному человеку, игнорирующему логический закон достаточ-

ного основания. Действовать неосознанно – не значит действовать всегда неправильно, но вероятность таких неправильных действий значительно повышается, поскольку основания для этих действий не контролируются.

Для того, чтобы право и медицина не конфликтовали друг с другом, а координированно взаимодействовали для общего блага, они должны базироваться на общей **государственной идеологии**, которой не могут противоречить. А эта идеология, в свою очередь, должна базироваться на внятном **философском фундаменте**, формирование которого, с моей точки зрения, является стратегической задачей государства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Большая Российская Энциклопедия. Электронная версия (<https://old.bigenc.ru>).
2. Вернадский В.И. Биосфера и ноосфера. М.: Айрис-пресс, 2004.
3. Лейбниц Г.В. Монадология. М.: РИПОЛ классик, 2018.
4. Челпанов Г.И. Учебник логики. М.: Научная Библиотека, 2010.

КОГДА ОШИБКА ВЛЕЧЕТ ВИНУ

Хлебалин А.В.

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

Ошибка является маргинальным предметом интереса. Во всех без исключения дисциплинах, в которых она фигурирует, она рассматривается несубстантивно. Когнитивный статус концепции ошибки можно, с известной степенью вольности, уподобить концепции зла у Августина; как зла самого по себе, субстанциально, не может быть, так и ошибка – следствие неудачи в принятии решения. Негативная трактовка ошибки прослеживается во всей истории европейской мысли: Сократ убежден, что никто не желает зла, а само зло – следствие ошибки в определении, аналогично, каждый нацелен на истину, но может ошибиться и верить в ложное утверждение. Лейбниц консервирует такую интерпретацию; любая истина сводима к тождеству в конечном, пусть и необозримом числе шагов выво-

да, что очевидно для неограниченного в вычислительных возможностях Бога, но колоссально сложно для ограниченного человека, который в этих шагах вывода может совершить ошибку. Концепция ошибки традиционно понимается апофатически, определяется отрицательным образом: ошибка — это неправильное.

Несмотря на то, что расхожее «человеку свойственно ошибаться» трактует ошибку как имманентную человеческой природе, некоторые проявления этой ограниченности общество считает предметом осуждения, ставит в вину и требует наказания. Среди такого рода ошибок медицинские ошибки привлекают особое внимание и являются предметом многочисленных споров. Так, П.М. Топчиев [1] насчитывает 65 определений понятия «врачебная ошибка». Такое обилие определений свидетельствует, с одной стороны, о невероятной актуальности проблемы, а с другой – о неразвитости концептуального аппарата, позволяющего прийти к общему мнению. Но, вновь, обычно, определения трактуют понятие ошибки отрицательно. Например, А.А. Старченко считает, что «врачебная ошибка – это такое действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса или осложнений имеющегося заболевания» [2, С. 32-33]. Подобных определений можно привести множество – например, 65.

УК РФ предусматривает сразу несколько оснований, по которым врачи и иные медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациента. Их называют ятрогенными преступлениями, с учетом специального субъекта преступления (врач, иной медицинский работник) и обстоятельств его совершения (при оказании медицинской помощи). Речь идет, в частности, о следующих составах: ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей); ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей); ч. 1 и 2 ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному, повлекшее, соответственно, причинение вреда здоровью средней тяжести либо тяжкого вреда здоровью или смерти); п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (выполнение работ или услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, повлекшие по нео-

сторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть). Объектом уголовно-правовой охраны во всех случаях, кроме ч. 2 ст. 238 УК РФ, являются права личности (жизнь и здоровье). Состав преступления, предусмотренный ч. 2 ст. 238 УК РФ, находится в гл. 25 разд. IX УК РФ и обеспечивает охрану здоровья населения как составной части общественной безопасности. В большинстве случаев преступные деяния медицинских работников квалифицируются по ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118 и ст. 124 УК РФ. В частности, в 2020 г. в производстве судов находилось 149 уголовных дел в отношении медицинских работников, из которых 97 были возбуждены по ч. 2 ст. 109 УК РФ, 13 - по ч. 2 ст. 118 УК РФ, 24 - по ст. 124 УК РФ. Примерно в половине случаев по делам, возбужденным по ч. 2 ст. 109 УК РФ, был вынесен обвинительный приговор [3].

Здесь мы, ожидаемо, сталкиваемся с «отрицательным» пониманием ошибки как несоответствия, несоблюдения и пр. Эпистемологический вопрос здесь возникает в связи с тем, как отрицательно понимаемые феномены могут быть предметом квалификации, например, как правонарушение. Связь концепции вины и концепции ошибки осуществляется через концепцию причинности и условий совершения действия. Например, такие обстоятельства как крайняя необходимость и обоснованный риск служат основанием исключения уголовной ответственности в случае совершения врачебной ошибки. Но обоснование наличия причиной связи действия, воплощающего ошибку и нанесенного вреда, при условии отсутствия исключающих обстоятельств, позволяет заключить о наличии вины.

Но здесь мы сталкиваемся с проблемой следующего рода. Характер действия не является однородным в отношении вины. Приведем в качестве примера широко известный «случай палача»: палач, приводя в исполнение приговор, зная, что приговоренный не виновен, становится ли сам виновен в убийстве? Другим примером является обсуждаемый в этой же связи этический вопрос о том, виновен ли человек в прелюбодеянии, если не приложил достаточных усилий для выяснения того, состоит ли его партнер в браке. И каков предел подразумеваемых «достаточных усилий». Широко распространенные обсуждения такого рода имплицитно базируются на концепции «виновного ума»: не действие само по себе порождает вину, а интенциональные состояния ума совершающего действие: его целеполагание, осведомленность, намерения, воля и пр. В отношении ошибки, данная концепция

подразумевает, что ошибка может исключать вину за совершенное действие, которое в обычных обстоятельствах безусловно порождает вину. Поясним на примере кражи. Согласно концепции «виновного ума», если человек искренне и на разумных основаниях, но ошибочно, полагал, что может присвоить некую собственность, то акт присвоения не может быть определен как воровство. Здесь мы имеем дело с очевидной проблемой неопределенности условий. Ошибку можно отнести в этом примере к в отношении обстоятельств и в отношении условий: «ошибка факта» или «ошибка закона». Ошибка в оценке фактов может привести к тому, что действие перестает быть именно таким действием [4]. Этот вопрос дебатировался в 1960-70 гг. и был порожден заявлением Г. Уильямса: «Мошенничество уничтожает согласие». Вопрос стоял о том, уничтожается ли фактом мошенничества юридические обязательства, порождаемые согласием сторон (в споре фигурировала передача прав собственности) или сам факт согласия? Мы в таком споре, конкретизирующем описанную выше проблематику в конкретном случае, занимаем позицию, уничтожения факта. Согласие – это согласие на что-то: один факт – «согласие-подписать-документ», совершенно другой факт «согласие-передать право собственности». Мошенничество уничтожает второй факт. Конституируются факты именно «виновным умом»: добровольностью, намерением, осведомленностью действующего лица. Аналогично обстоят дела с фактом врачебной ошибки и условиями возникновения вины. Здесь при установлении вины принципиально важным оказывается различие добровольности и намерения действия. Важное для нашего случая различие между ними заключается в следующем: человек не может намеренно, но не зная сделать что-то, но может добровольно сделать что-то, не зная, что он совершает именно это действие (примеры палача, прелюбодеяния и мошенничества обнаруживают значимость такого различия). Нам представляется, что апелляция к различению добровольности, намерения в отношении неведения принципиально важны для установления виновности в случае врачебной ошибки; они хотя бы отчасти могут компенсировать эффект неопределенности атрибутирования к отрицательно понимаемому факту – факту ошибки.

Нам представляется неизбежным в скором времени невероятно бурное обсуждение этой проблематики в связи с проблемой врачебных ошибок, допущенных вычислительными системами или смешанными человеко-машинными системами, применяемыми в кли-

нической практике. Установление ошибки и вины в таких случаях будет подлинным вызовом и для этики, и для теории права, и для судебных систем. Право – та область знания, которая быстрее всех должна реагировать на такие новшества, не позволяя откладывать решения сложных проблем. Внедрение систем ИИ буквально сотрясает авторское право. Обескураживающим было признание виновным беспилотного автомобиля Uber в совершении преступления. Стремительный рост использования ИИ в клинической практике делает неотвратимым появление проблемы врачебной ошибки с использованием ИИ, что станет сложнейшей концептуальной и процедурно задачей для теории права и юридической практике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Топчиев П.М. Сущность и проблема решения врачебной ошибки / П.М. Топчиев, Д. И. Хитров // Бюллетень медицинских Интернет – конференций. 2015. № 5. С. 835.
2. Старченко А.А. Руководство по защите прав пациентов (застрахованных лиц) / А.А. Старченко. — СПб.: Изд-во «Диалог», 2002. — 240 с.
3. Калашников И. Дела с анамнезом. Российские суды в 2020 году рассматривали минимум 149 «врачебных дел» // Медицинский вестник. 2021. № 1. С. 119-132.
4. Anscombe G. E. M. The Two Kinds of Error in Action. // The Journal of Philosophy. Vol. 60, No. 14. P. 393-401.

О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНИМАЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ МЕР ДЛЯ РЕШЕНИЯ КАДРОВОЙ ПРОБЛЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В.М. Чернышев^{1,2}, О.В. Стрельченко², И.Ф. Мингазов^{2,3}

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

² ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России»
(Новосибирск)

³ ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора РФ (Новосибирск)

Вопросы охраны здоровья граждан и организации здравоохранения, качества и безопасности медицинской деятельности и каче-

ства медицинской помощи не могут рассматриваться в отрыве от проблем обеспечения здравоохранения квалифицированными кадрами. Именно они играют ключевую роль в организации и оказании медицинской помощи во всех странах. Способность систем здравоохранения эффективно функционировать и надлежащим образом реагировать на новые вызовы в значительной степени зависит от наличия достаточного числа медицинских работников, которые обладают необходимыми навыками и работают там, где в них есть потребность, в условиях, способствующих их мотивации и вовлеченности [1, 2].

Однако с переходом к рыночным отношениям в здравоохранении России сложилась ситуация, при которой старая система подготовки и насыщения кадрами уже давно не работает, а новая, устраивающая всех, не создана. Между тем лозунг - «Кадры решают все!» по-прежнему актуален и становится все более востребованным.

В последние 25-30 лет проблема кадрового голода в государственном и муниципальном секторах здравоохранения не только сохраняется, но становится все более ощутимой. Обеспеченность врачами в целом по Российской Федерации в государственном секторе за период с 2000 по 2023 год уменьшилась с 42,2 на 10 000 населения – до 37,5 (на 12,8%). За тот же период в Сибирском федеральном округе (СФО) сокращение составило 9,1% (с 40,6 до 37,4). Этот показатель существенно колеблется по территориям. Самым высоким в 2023 году он был в Республике Тыва – 45,3 на 10 000 населения, а самые низкие значения регистрировались в Республике Хакасии (32,4%) и Кемеровской области (31,8%), в которой самой низкой оказалась и укомплектованность физическими лицами (53,4%) [3, 5, 6].

А специалистами со средним медицинским образованием обеспеченность в стране сократилась за вышеупомянутый период на 16,7%, а в СФО – на 5,3%, составив по округу 82,9% на 10 000 населения. При этом самые низкие цифры отмечались в Кемеровской области (72,9%).

По оценкам экспертов, кроме естественной убыли в связи с выходом на пенсию медицинских работников, сокращению их численности способствовали секвестирование количества медицинских организаций, снижение привлекательности работы в государственном здравоохранении и переход ряда врачей в частные клиники.

В 1990 году в РФ в учреждениях здравоохранения государственной собственности работало 694 тыс. врачей в 2023 – 599 470 врачей (-13,7%), за этот период специалистов со средним медицинским образованием в государственных учреждениях сократилось с 1 844 тыс. до 1 121 354 чел. (-39,2%).

За период с 2005 года до 2022 года в целом по стране удельный вес работающих в государственном секторе здравоохранения сократился с 93,6% до 84,9%, а доля занятых в частных клиниках увеличилась с 4,0% до 13,3% [3, 5].

Проблема кадрового дефицита медработников особенно актуальна для села. В России в 2023 году сельских врачей было 13,2 в расчете на 10 000 жителей (48659 врачей), в Сибирском федеральном округе – 12,9 (5382 врача), а это более чем в три раза меньше, чем в городе. И это при том, что методика планирования кадров для сельской местности предполагала сближение обеспеченности врачами по сравнению с городами и доведение этого показателя до двукратного уровня.

Положение усугубляется тем, что значительная часть врачей, ранее работавших с пациентами, переходит в управленческие структуры, появившиеся в связи с введением системы обязательного медицинского страхования (территориальные фонды ОМС, страховые компании, Росздравнадзор и др.), а также в коммерческие медицинские организации.

С 2005 по 2022 год наблюдалось существенное постарение врачебного состава, занятого в государственных медицинских организациях. Так, если в 2005 году в возрастной структуре врачей специалисты до 30 лет составляли 18,6%, а старше 55 лет – 13%, то в 2022 году – 11,2 и 22,3% соответственно. На территории СФО в 2022 году доля врачей старше 55 лет в государственном сегменте отрасли достигала 27,3%.

Нельзя утверждать об абсолютной зависимости таких важных показателей, как общая смертность и естественная убыль населения от обеспеченности медицинскими кадрами, однако, самыми высокими они оказались в регионах, где специалистов было меньше. Так, общая смертность населения составила в 2024 году в Кемеровской области 14,6, а в Алтайском крае 15,3 на 1000 населения (СФО – 13,6). Естественная убыль, в расчете на 1000 населения, в Кемеровской области была равна – 7,8, а в Алтайском крае – 8,0, в то время как в СФО – 5,2 на 1000 населения [3, 6].

Очевидны и недостатки в организации работы медицинского персонала. Например, такой, очень важной категории медицинских работников – участковой службы. Как показали исследования, проведенные в Новосибирске, по мнению участковых врачей, более 50% обращений к ним пациентов были необоснованными (повторные выписки рецептов на медикаменты, прописанные хроническим больным на многие годы, получение каких-то документов и т.д.). Также оказались необоснованными либо могли быть обслужены фельдшерами более 70% вызовов врача на дом [5, 6].

Кроме того, часто врачи и работники среднего медицинского звена вынуждены выполнять несвойственные им функции и задачи в связи с нехваткой персонала и нерациональной организацией труда. Часть из них могла быть делегирована сотрудникам с меньшей квалификацией. У врачей поликлиник «чужая» работа отнимает до 30% времени, а у врачей стационара – до 35% [5, 6].

Чрезвычайно затрудняет и замедляет лечебный процесс постоянно растущее количество учетно-отчетных документов, порой сомнительной необходимости.

Нельзя считать, что государство этого не видит и не предпринимает мер по устранению очевидных недостатков в организации оказания медицинской помощи населению. В 2002 году была принята концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации. Основной ее целью было заявлено развитие системы управления кадровым потенциалом отрасли, основанной на рациональном планировании подготовки и трудоустройства специалистов, использовании современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов.

В рамках Концепции и приоритетного национального проекта «Здоровье» (2006 год) для укрепления участковой службы была установлена так называемая президентская надбавка в 10 000 рублей, которая ежемесячно выплачивалась участковым врачам. Но это не привело к повышению укомплектованности участковой службы, а вот «узких» специалистов многие поликлиники потеряли.

В соответствии с Указом Президента РФ от 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» Правительство должно было к 2018 году обеспечить повышение средней зарплаты врачей до 200%, а младшего и среднего медицинского (фармацевтического) персонала – до 100% от средней зар-

платы в соответствующем регионе. Однако до сего времени повсеместной реализации его не произошло.

Нельзя не увидеть определенной доли лукавства в дорожной карте Указа: обязав руководителей региональных минздравов повысить зарплату, «забыли» увеличить бюджетное финансирование на сумму, необходимую для реализации поручения Президента. Это повлекло за собой сокращение медицинских учреждений – государственных и муниципальных, персонала в оставшихся, средств на проведение ремонтов зданий, приобретение оборудования и др. Кроме того, в стратегическом документе речь идет о зарплате, а не о должностных окладах. Но заработная плата у некоторых врачей еще до издания Указа была выше, чем в среднем по экономике, ввиду того, что специалисты работали на 1,5-2 ставки и имели 6-8 дежурств. Естественно, при этом происходило эмоциональное выгорание, что не лучшим образом сказывалось на качестве медицинского труда [6].

Не получен желаемый результат от внедрения материального поощрения за оказание медицинской помощи по стандартам. Причин тому несколько. Во-первых, ни по всем специальностям стандарты были подготовлены, поэтому доплату получили далеко не все медработники. Кроме того, инициаторы эксперимента, не учли, что медицинская помощь носит комплексный характер и ее осуществляют не одни лечащие врачи, а только им надбавка и устанавливалась. Естественно, возмутились и те врачи, по специальности которых не было стандартов, а также те, кто участвует в оказании медицинской помощи (лаборанты, специалисты функциональной диагностики и др.), но в начале эксперимента надбавка им не была предусмотрена [6].

Для устранения кадрового дефицита в сельских медучреждениях были сформированы государственные программы «Земский доктор», «Земский фельдшер» (вторая появилась несколько позднее), предусматривающие выдачу молодым сельским врачам подъемных в размере 1 миллиона рублей, а фельдшерам – по 500 тысяч рублей. Трудно не согласиться с теми экспертами, которые склонны оценивать ее результаты в целом как провальные. Только за 2012–2017 годы фактическая численность участников программы «Земский доктор» составила 28 968 человек, а общее количество сельских врачей увеличилось всего на 6 955 человек. А в Сибирском федеральном округе оно даже сократилось на 318 человек.

Более того, если президентская надбавка породила в свое время конфликт между представителями участковой службы и узкими специалистами, то надбавки молодым врачам, в соответствии с программой «Земский доктор» стали яблоком раздора между поколениями медработников. Так, у молодого специалиста ежемесячная надбавка к зарплате с учетом полученного им одного миллиона составила около 16 тысяч рублей, а вместе с должностным окладом, другими надбавками и доплатами сумма его «денежного довольствия» превышает размер заработной платы старших коллег, тех, кто отдал сельскому здравоохранению годы жизни. Непродуманное решение не могло не посеять недоумение и обиды [5, 6].

Уже называлась одна из важнейших причин кадрового голода в отечественном здравоохранении: государство, тратя огромные бюджетные средства на подготовку медицинских кадров, лишило себя права распоряжаться ими. Многочисленные призывы вернуться к обязательному распределению выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счет бюджета, небеспочвенны. Такой подход не лишает студента права выбора (о чем как раз и пекутся либералы), только этот выбор нужно сделать при поступлении в университет или колледж. Желаете учиться за казенный кошт – получите направление на работу туда, куда государство сочтет нужным направить молодого специалиста. Если хотите самостоятельно распоряжаться своей судьбой – платите за обучение из своего кармана.

Строго обязательным для исполнения региональной властью и органами местного самоуправления должно стать создание благоприятных условий для жизни и работы молодых специалистов, прежде всего, обеспечение жильем. В случае, если эти условия не предоставлены, специалист должен получить право покинуть место распределения, имея соответствующее решение суда.

Необходимо повысить ответственность руководителей субъектов РФ за обеспеченность их регионов бюджетниками (медицинскими работниками, учителями, работниками культуры) включив это в перечень показателей оценки их деятельности, утверждаемым Президентом.

Совершенно очевидно, что для кардинального исправления ситуации с хроническим дефицитом медицинских кадров в стране в целом и в сибирских регионах в частности, необходим комплекс мер, направленных на долговременную заинтересованность специали-

стов. Это выплата подъемных, по прибытию, выделение служебного жилья, установление надбавок за работу там, где традиционно низкая укомплектованность (село, участковая служба и др.), предоставление социального пакета, установление дифференцированных надбавок (до 25%) к пенсии лицам, отработавшим более 20 лет в селе, на участке и т. д.

Совершенствование мотивации медицинских работников необходимо сочетать с сокращением причин демотивации (неэффективная организация труда, дефицит информации и обратной связи, устаревшее оборудование, чрезмерная нагрузка и т. д.). Требуется пересмотреть перечень учетно-отчетной документации, которой вынуждены уделять внимание врачи вместо непосредственного общения с пациентами. Госдуме необходимо принять закон о защите медицинских работников и не ждать очередных убийств и покушений на них.

В связи с вышеизложенным необходимо законодательно определить комплекс мер, который бы позволил решить в течение непродолжительного времени кадровую проблему в здравоохранении. Он должен включить в себя:

1. Восстановление обязательного государственного распределения для выпускников высших и средних учебных заведений, обучавшихся за счет бюджета.

2. В критерии оценки деятельности глав администраций субъектов РФ включить пункт об обеспеченности (укомплектованности) региона «бюджетниками» (медицинскими работниками, учителями и работниками культуры).

3. Узаконить необходимость создания благоприятных условий для выше перечисленных категорий сотрудников:

- прежде всего обеспечение жильем;
- предусмотреть передачу государственных квартир в собственность сотрудника, после 15-20 лет работы на участке или в селе;
- установление указанным категориям дополнительных выплат к пенсии до 25%;
- ввести льготы при поступлении их детей (внуков) в учебные заведения высшего и среднего образования и др.

4. Принять закон обеспечивающий безопасность медицинских работников.

5. Разработать систему профориентации на медицинские специальности (методическое обеспечение, отбор в специализированные

классы, допуск к работе в медицинских организациях, льготы при поступлении в учебные заведения и др.).

Конечно, это не исчерпывающий перечень мер по решению кадровой проблемы в государственной системе здравоохранения, необходимы научные исследования и на их основе разработка и законодательное закрепление комплекса соответствующих мер и контроль за их исполнением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Макаров С.В. Научное обоснование совершенствования кадровой политики в здравоохранении субъекта российской федерации: специальность 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения (медицинские науки): диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Макаров Сергей Викторович; Иркутский государственный медицинский университет. – Иркутск, 2023. – 361 с.
2. Мирошникова Ю.В. Руководящие кадры здравоохранения и организационно-управленческие технологии подготовки резерва: специальность 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Мирошникова Юлия Вячеславовна; Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства. – Москва, 2018. – 48 с.
3. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2023 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 23 / Под общ. редакцией к.м.н. О.В. Стрельченко. – ООО «Сибирское университетское издательство», 2024. – 256 с.
4. Система здравоохранения России: что можно изменить уже сегодня. Идеи и предложения / 2-е издание, переработанное и дополненное / Под ред. В.В. Омеляновского. – М.: Наука, 2023. – 94 с.
5. Чернышев В.М. О факторах, затрудняющих реализацию конституционных прав граждан на охрану их здоровья / Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Мингазов И.Ф. / Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачебное: сб. материалов III Всероссийских медико-правовых чтений (Новосибирск, 21 апреля 2023 г.). – Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2023. – 13-19 с.
6. Чернышев В.М. Спасение от кадрового дефицита – в прорывных решениях / Здравоохранение Сибирского федерального округа // В.М. Чернышев. Санкт-Петербург: Асклепий-инфо: Первый ИПХ, 2025, – С. 40-48.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛИСТКАМИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Барковская О.С., Калиниченко А.В.

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

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года и закрепляющая основные **права** и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью - первый всеобъемлющий договор в области **прав** человека XXI столетия. Конвенция знаменует собой «смену парадигмы» в том, что касается отношения и подходов к инвалидам. В преамбуле говорится, что государства – участники:

подтверждают всеобщность, неделимость, взаимозависимость и взаимосвязанность всех прав человека и основных свобод, а также необходимость гарантировать инвалидам полное пользование ими без дискриминации;

признают, что инвалидность – это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими; озабочены тем, что, несмотря на различные документы и начинания, инвалиды продолжают сталкиваться с барьерами на пути их участия в жизни общества в качестве равноправных членов и с нарушениями их прав человека во всех частях мира. Цель Конвенции о правах инвалидов заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и ос-

новных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства [1]. Признается право инвалидов на труд наравне с другими; оно включает право на получение возможности зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который он свободно согласился, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными, и доступными для инвалидов. Государства-участники обеспечивают и поощряют реализацию права на труд, в том числе теми лицами, которые получают инвалидность во время трудовой деятельности, путем принятия, в том числе в законодательном порядке, надлежащих мер, направленных, в частности, на запрещение дискриминации по признаку инвалидности в отношении всех вопросов, касающихся всех форм занятости, включая условия сохранения работы и безопасных и здоровых условий труда [2]. Конституцией Российской Федерации каждому гарантируется право на социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности [3].

Вместе с тем, граждане, находящиеся на листке нетрудоспособности в связи заболеванием или травмой, направляемые на медико-социальную экспертизу впервые с целью установления инвалидности, встречаются с определенными трудностями.

Трудовой кодекс РФ обязывает работодателя выплачивать работнику пособие по временной нетрудоспособности в соответствии с федеральными законами [4]. Обеспечение застрахованных лиц пособием по временной нетрудоспособности осуществляется в случаях:

1) утраты трудоспособности вследствие заболевания или травмы, в том числе в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или осуществлением экстракорпорального оплодотворения (далее – заболевание или травма);

2) необходимости осуществления ухода за больным членом семьи;

3) карантина застрахованного лица, а также карантина ребенка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольную образовательную организацию, или другого члена семьи, признанного в установленном порядке недееспособным;

4) осуществления протезирования по медицинским показаниям в стационарном специализированном учреждении;

5) лечения в установленном порядке в санаторно-курортных организациях, расположенных на территории Российской Федерации,

непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях [5].

Таким образом, обеспечение листком нетрудоспособности в период прохождения медико-социальной экспертизы не предусмотрено.

Пособие по временной нетрудоспособности при утрате трудоспособности вследствие заболевания или травмы, выплачивается застрахованному лицу за весь период временной нетрудоспособности до дня восстановления трудоспособности (установления инвалидности) [6]. В соответствии с Правилами признания лица инвалидом в случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается дата поступления в бюро направления на медико-социальную экспертизу [7]. Направление на медико-социальную экспертизу формируется в медицинской информационной системе медицинской организации, ведомственной медицинской информационной системе или государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации и в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица медицинской организации, в течение 3 рабочих дней со дня формирования передается в бюро посредством медицинских информационных систем медицинских организаций, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или иных ведомственных информационных систем в государственную информационную систему «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере» (далее – Единая цифровая платформа) [8]. Бюро медико-социальной экспертизы организуют регистрацию поступивших направлений [9]. Работа Единой цифровой платформы по передаче направлений на медико-социальную экспертизу организована в постоянном режиме 24/7. Регистрация документов в бюро медико-социальной экспертизы происходит в рабочее время, предусмотренное графиком работы бюро МСЭ. Таким образом, дата поступления направления на медико-социальную экспертизу и дата регистрации могут отличаться.

В приказе Минздрава России при описании порядка оформления листков нетрудоспособности в электронном виде указано: если инвалидность установлена - срок временной нетрудоспособности

завершается датой, непосредственно предшествующей дате регистрации документов об установлении группы инвалидности, а если дата регистрации документов позднее даты направления гражданина на освидетельствование, период освобождения от работы по решению врачебной комиссии может быть продлён до даты, предшествовавшей дате регистрации соответствующих документов в бюро медико-социальной экспертизы [10]. Данная норма противоречит Постановлению Правительства от 05.04.2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом». Следуя норме Правил признания лица инвалидом, было бы логично заменить срок завершения нетрудоспособности датой, непосредственно предшествующей дате поступления документов для установления группы инвалидности.

Листок временной нетрудоспособности закрывается после получения медицинской организацией результатов медико-социальной экспертизы, в нём указываются период освобождения от работы, дата, с которой установлена инвалидность, соответствующая дате поступления в бюро медико-социальной экспертизы направления на медико-социальную экспертизу (в соответствии с требованием Правил признания лица инвалидом), а также дата освидетельствования [11]. Таким образом, при первичном прохождении медико-социальной экспертизы гражданина с листком нетрудоспособности время ее проведения в срок временной нетрудоспособности не включается.

Поскольку листок нетрудоспособности в период прохождения работником медико-социальной экспертизы открыт, такой работник лишён возможности осуществлять трудовую деятельность. И в случае установления инвалидности работник также утрачивает право на пособие по временной нетрудоспособности с даты её установления до даты закрытия листка нетрудоспособности, позволяющего ему приступить к работе. Эта коллизия имеет место у граждан впервые направляемых на медико-социальную экспертизу с листками нетрудоспособности.

Срок освидетельствования лица, направленного на прохождение медико-социальной экспертизы для лиц, находящихся на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей), имеющих определённые дефекты, нуждающихся в первичном протезировании и для лиц, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи не более 3 рабочих дней. Медико-социальная экспертиза лица, принимавшего участие

(содействовавшего выполнению задач) в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, проводится в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня поступления в бюро направления на медико-социальную экспертизу [12]. В остальных случаях сроки проведения могут достигать до 30 рабочих дней [13], в течение которых работник, как указано выше, не может выйти на работу, т.к. листок нетрудоспособности не закрыт, и с даты установления инвалидности (поступлении направления на медико-социальную экспертизу в бюро МСЭ) не имеет права на пособие по временной нетрудоспособности.

На информационном портале Роструда «Онлайнинспекция.РФ» размещены рекомендации об оформлении на период прохождения работником медико-социальной экспертизы отпуска без сохранения заработной платы с целью оправдания его отсутствия на работе в указанный период времени.

Однако фактически в этот период времени гражданин уже является инвалидом и Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29.12.2006 N 255-ФЗ предусмотрено, что застрахованному лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, пособие по временной нетрудоспособности при утрате трудоспособности вследствие заболевания (за исключением заболевания туберкулезом) или травмы выплачивается не более чем за пять месяцев в календарном году. При заболевании указанных лиц туберкулезом пособие по временной нетрудоспособности выплачивается до дня восстановления трудоспособности или до дня пересмотра группы инвалидности вследствие заболевания туберкулезом [14]. Таким образом, у работающих граждан, уже имеющих инвалидность право на оформление временной нетрудоспособности и на получение пособия по временной нетрудоспособности определено законом. Норма вышеуказанного Федерального закона о выплате пособия только до установления инвалидности при первичном направлении граждан на медико-социальную экспертизу с целью установления группы инвалидности не отвечает принципам справедливости и равенства, не согласуется с целями социальной защиты инвалидов об обеспечении указанным лицам равных с другими гражданами

возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод.

Таким образом, при первичном прохождении медико-социальной экспертизы гражданами с листками нетрудоспособности в случае установления инвалидности нарушаются принципы Конвенции о правах инвалидов: недискриминации и равенства возможностей. В соответствии с требованиями статьи 4 необходимо принять все надлежащие меры, в том числе законодательные, для изменения существующих законов, постановлений, обычаев и устоев, которые являются по отношению к инвалидам дискриминационными [15]. Закрепление на законодательном уровне случая необходимости прохождения медико-социальной экспертизы в перечне случаев обеспечения пособием по временной нетрудоспособности, предусмотренном частью 1 статьи 5 Федерального закона № 255-ФЗ, соответствовало бы положениям статьи 39 Конституции Российской Федерации о правах граждан на социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности, а также требованиям Конвенции о правах инвалидов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конвенция о правах инвалидов, статья 1. Собрание законодательства Российской Федерации, сборник N 6 от 11.02.2013.
2. Конвенция о правах инвалидов, статья 27. Собрание законодательства Российской Федерации, сборник N 6 от 11.02.2013.
3. Конституция Российской Федерации Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 года, ст. 39.
4. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 07.04.2025), статья 183.
5. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29.12.2006 N 255-ФЗ (последняя редакция), часть 1 статьи 5.
6. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29.12.2006 N 255-ФЗ (последняя редакция), ч. 1 ст. 6.
7. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 N 588 (ред. от 03.02.2025) «О признании лица инвалидом» (вместе с «Правилами признания лица инвалидом»), п. 11.
8. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 N 588 (ред. от 03.02.2025) «О признании лица инвалидом» (вместе с «Правилами признания лица инвалидом»), п. 18.

9. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 N 588 (ред. от 03.02.2025) «О признании лица инвалидом» (вместе с «Правилами признания лица инвалидом»), п. 26.
10. Условия и порядок формирования листков нетрудоспособности при направлении граждан на медико-социальную экспертизу определены Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.11.2021 г. № 1089н., п. 35-39.
11. Условия и порядок формирования листков нетрудоспособности при направлении граждан на медико-социальную экспертизу определены Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.11.2021 г. № 1089н., п. 70.
12. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 N 588 (ред. от 03.02.2025) «О признании лица инвалидом» (вместе с «Правилами признания лица инвалидом»), п. 37.
13. Приказ Минтруда России от 30.12.2020 N 979н (ред. от 22.02.2024) «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2021 N 63784), раздел V приложения, п. 30.
14. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29.12.2006 N 255-ФЗ (последняя редакция), ч. 3 ст. 6.
15. Конвенция о правах инвалидов, статья 4. Собрание законодательства Российской Федерации, сборник N 6 от 11.02.2013.

МЕДИАЦИЯ В МЕДИЦИНСКИХ СПОРАХ: ИСКУССТВО КОМПРОМИССА ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ

Вечерков К.А.¹, Шаравина Е.С.², Колесникова Т.Н.³, Ардатова Е.А.,
Байдакова Н.Н., Шевченко М.В.⁴

¹ НКО «Новосибирская областная коллегия адвокатов «ЮВЭД» (Новосибирск)

² ООО «ПРАВОВОЙ ПАРИТЕТ» (Новосибирск)

³ ЗАО «Стоматологическая поликлиника №4» (Новосибирск)

⁴ Юридический кабинет Шевченко М.В (Новосибирск)

Не следует путать с медитацией (хотя она тоже хороша!).

Термин «медиация» происходит от латинского слова «mediare», что означает посредничать.

Медиация. Как много смысла в этом слове: это и про конфликт, и про желание выйти из этого конфликта, про то, как мешают эмоции и про то, что договориться возможно, про создание иного исхода

от свершившегося события, это про людей и их желание быть услышанными.

Медиация – как один из альтернативных способов урегулирования разногласий с привлечением независимого посредника существует давно, но только относительно недавно эта процедура стала набирать обороты в России, а тематика конфликтов, для разрешения которых она стала применяться, только расширяется.

В основе процедуры медиации заложена возможность спорящих сторон прийти к соглашению по спорному вопросу, возможность услышать друг друга с помощью третьего независимого участника – медиатора, задачей которого как раз и является ведение процедуры переговоров таким образом, чтобы стороны смогли найти взаимоприемлемое и взаимоисполнимое решение по спорному вопросу.

Одними из самых эмоционально окрашенных конфликтов являются конфликты, связанные со здоровьем.

Конфликты в сфере здравоохранения - это явление, которое затрагивает как пациентов, так и медицинских работников. Важно понимать, что за каждым конфликтом стоят не только профессиональные роли, но и человеческие эмоции, переживания и ожидания.

Следует понимать, что в сфере здравоохранения конфликт зачастую вырастает из недоразумений, недопонимания, элементарного отсутствия культуры общения, что приводит порой к неблагоприятным последствиям. Это хорошо известно работникам медицинских учреждений, ведь не зря медицинская деонтология выделена в отдельную дисциплину.

По международной статистике, в сфере медицинских услуг 40-60% жалоб требуют лишь разъяснения, возможности получения профессиональной информации пациентом. Пациенты часто нуждаются именно в том, чтобы быть выслушанными и услышанными, в проявлении чуткости к их тревоге и недоверию в связи с имевшей место ошибкой, а иногда в элементарном сочувствии или принесении извинений со стороны медицинских работников или администрации.

В результате проведенного опроса среди медицинских работников клиник города Новосибирска, как частных, так и государственных, установлено, что 76,9% врачей сталкивались с конфликтными

ситуациями во взаимодействии с пациентами. При этом все респонденты (100%) выразили мнение о том, что конфликты в сфере здравоохранения могут быть разрешены посредством переговорного процесса.

Опрос, проведенный среди пациентов, был разделен на две категории: первая категория включает пациентов, имеющих инвалидность (либо имеющих инвалидность членов их семей), поскольку они чаще обращаются за медицинской помощью, в то время как вторая категория состоит из пациентов без выраженных особенностей здоровья.

На диаграммах ниже наглядно видны основные причины конфликтов и их соотношение.

Людам с особенностями здоровья наиболее важно понимание и качество обслуживания. В этих вопросах они видят нарушение своих интересов, и здесь, в первую очередь, нужно задействовать медиативные навыки и/или медиацию (Диаграмма 1).

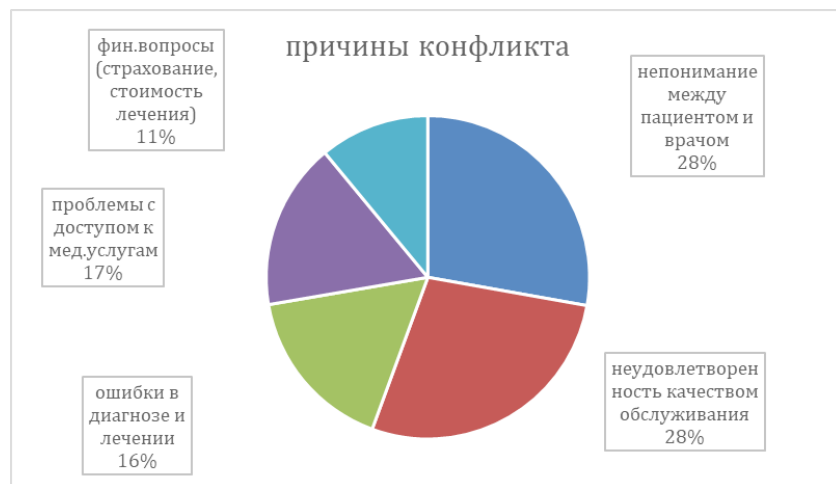


Диаграмма 1 Пациенты с особенностями здоровья

Для людей без особенностей здоровья наиболее чувствительной сферой являются качество обслуживания и точность диагностики и лечения. Соответственно, мы полагаем, что начинать применение медиации и/или медиативных навыков следует с этих сфер (Диаграмма 2).



Диаграмма 2. Пациенты без особенностей здоровья

	Люди с особенностями здоровья	Люди без особенностей здоровья
С конфликтами в сфере здравоохранения сталкивались:	87,5%	100%
Удалось урегулировать конфликт путем переговоров	87,5%	61,9%
Считают, что конфликта можно было избежать	62,5%	71,4%
Считают, что конфликты, в сфере здравоохранения, надо решать переговорами:	100%	87,5%

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что как медицинские специалисты, так и значительная часть пациентов предпочитают использовать переговоры (процедуру медиации) в качестве основного метода разрешения конфликтных ситуаций в области здравоохранения.

Процедура медиации в спорах между врачом (клиникой) и пациентом будет разрешать для каждого из участников не только сам спор, но и одновременно удовлетворять индивидуальные потребности каждого участника.

• для пациента процедура медиации:

- дает возможность быть услышанным и получить разъяснения;

- позволяет исчерпать конфликт на основе удовлетворения своих интересов и потребностей;

- дает осознание возможности влияния на совершенствование уровня оказания медицинской помощи;

- дает возможность быстро и неформально разрешить конфликт, сохранить конфиденциальность сведений о своем здоровье.

- **для медицинского работника и медицинского учреждения процедура медиации:**

- обеспечивает сохранение позитивного контакта с пациентом;

- способствует повышению доверия со стороны пациента и помогает сохранять долгосрочные партнерские отношения;

- приводит к быстрому и неформализованному разрешению конфликта без вмешательства вышестоящих инстанций или судебных органов;

- дает фактический материал для мониторинга и конструктивной работы с персоналом;

- способствует сохранению имиджа и репутации медицинского учреждения, повышению его конкурентоспособности на рынке медицинских услуг;

- благоприятствует формированию корпоративной культуры, ориентированной на удовлетворение нужд и потребностей как пациента, так и медицинских работников - на основе принципов взаимопонимания;

- дает возможность получения обратной связи, способствующей принятию мер для совершенствования качества медицинских услуг и предотвращения повторения аналогичных случаев или ошибок.

Однако, необходимо четко различать, когда применяются медиативные подходы в переговорах, а когда применяется процедура медиации. Процедура медиации имеет правила и порядок проведения, закрепленные на законодательном уровне, проводится с обязательным привлечением медиатора, который не является стороной конфликта или чьим-либо представителем. В то время, как переговоры с применением медиативных техник могут быть проведены сторонами самостоятельно, а также с участием их представителей. Эти существенные отличия влияют и на содержание договора об оказании медицинских услуг, в которых стороны согласовывают формулировку медиативной оговорки и случаи, когда эта оговорка работает, и на результат достигнутых договоренностей.

Перспективы применения медиативных приемов в здравоохранении:

Снижение конфликтов: ожидается, что применение медиативных подходов поможет снизить количество конфликтов между пациентами и медицинским персоналом, что, в свою очередь, улучшит качество медицинских услуг.

Улучшение качества обслуживания: эффективная коммуникация позволяет быстрее выявлять потребности пациентов, что способствует более высокому качеству обслуживания.

Повышение удовлетворенности пациентов: удовлетворенные пациенты чаще возвращаются в учреждения, а также рекомендуют их другим.

Обучение персонала: внедрение обучения по медиативным техникам для медицинских работников может способствовать созданию более гармоничной рабочей атмосферы и распространению практик позитивного взаимодействия.

Интеграция в систему здравоохранения: медиативные подходы можно интегрировать в существующие механизмы работы здравоохранения, например, в процесс обращения пациентов с жалобами.

Адаптация к новым технологиям: внедрение медиативных приемов может быть адаптировано для работы с телемедициной и онлайн-платформами, что будет способствовать доступности и эффективности оказания медицинских услуг.

Но, несмотря на всю привлекательность помощи медиатора, у пациента, медицинского работника и медицинского учреждения существуют определенные барьеры для обращения за такой помощью.

Первый барьер (и он, по сути, самый главный): это неосведомленность медицинских учреждений и пациентов о возможностях медиации. А ведь процедура медиации может полностью закрыть конфликт. Выработанное сторонами медиативное соглашение минимизирует риски дальнейших жалоб, судебных исков, запросов, проверок и иных негативных последствий, так как клиент, интересы которого удовлетворены, и удовлетворены добровольно, не пойдет «добиваться справедливости» дальше.

Второй барьер, не менее значимый: проблема оплаты труда медиатора со стороны медицинских учреждений, в том числе медицинских учреждений государственного сектора.

Между тем, медиация в сфере здравоохранения представляет собой перспективный инструмент для разрешения конфликтов между пациентами и медицинскими работниками. Она способствует улучшению взаимопонимания и снижению эмоционального напряжения.

Конечно, не все конфликты требуют участия медиатора. Мелкие конфликты и споры разрешаются медицинскими организациями самостоятельно, без относительной эмоциональной напряженности и в возможно короткие сроки.

Помощь медиатора будет необходима, а, главное, полезна для медицинского учреждения только тогда, когда конфликт является затяжным или очень напряженным и эмоционально негативно окрашенным.

Важно продолжать исследовать возможности внедрения медиации в практику здравоохранения, чтобы создать более гармоничную и эффективную систему взаимодействия между пациентами и врачами. В итоге успешное разрешение конфликтов может привести к улучшению качества медицинских услуг и повышению удовлетворенности пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» от 27.07.2010 № 193-ФЗ.

РИСКИ НЕСОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Винокурова Е.С.

*Корпорации медицинских юристов ООО «Школа медицинского права»
(Елабуга)*

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности – непрерывный процесс, обеспечивающий оказание медицинской помощи надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицин-

ской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности [1, п. 1]. Внутренний контроль – основа, «первоисточник» безопасной медицинской деятельности.

Однако медицинские организации и их должностные лица зачастую воспринимают внутренний контроль как формальную процедуру для пополнения архивов и предъявления ее результатов Росздравнадзору.

Между тем внутренний контроль может стать реальным инструментом предотвращения правовых и экономических рисков. Эффективный внутренний контроль существенно снижает вероятность оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, и как следствие, наступления вредных последствий.

Правовые риски несоблюдения требований к организации и проведению внутреннего контроля можно условно разделить на четыре группы:

1. Риски административной ответственности. Наступает при отсутствии реальных последствий несоблюдения. Для привлечения виновного к административной ответственности достаточно выявления факта нарушения.

2. Риски непосредственно причинения вреда жизни и здоровью граждан.

3. Риски гражданско-правовой ответственности вследствие наступления реальных последствий. Сюда можно отнести необходимость возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью и компенсации морального вреда.

4. Риски уголовной ответственности. Могут наступить для лиц, ответственных за организацию и проведение внутреннего контроля при возникновении реальных последствий в виде причинения вреда жизни и здоровью граждан.

Согласно пункту 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности [2] несоблюдение требований, предъявляемых к осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, является грубым нарушением лицензионных требований и влечет за собой ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 14.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях [3] – наложение административного штрафа

фа на должностных лиц от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц от ста тысяч до двухсот тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Так, в Архангельской области в связи с поступлением в прокуратуру обращения проведена внеплановая проверка медицинской организации. Выявлено, что по жалобе пациентки была проведена целевая проверка и составлен отчет: разобраны причины не оформления договора и информированного добровольного согласия, установлено, что до пациентки не донесено достаточно информации по поводу удаления зуба. Медицинские работники привлечены к дисциплинарному взысканию. Однако, территориальный орган Росздравнадзора установил, что не были выполнены основные задачи внутреннего контроля: не проведена оценка применения порядков оказания медицинской помощи, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, не проведена оценка соответствия оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия; не обеспечено принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности [4]. Медицинская организация привлечена к ответственности в виде наложения административного штрафа в размере 100 000 рублей.

Далее, Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Крым была проведена внеплановая проверка медицинского центра с целью государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В ходе проверки были выявлены грубые нарушения лицензионных требований, в частности, не велась в установленном порядке медицинская документация, внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводился формально с нарушениями требований критериев качества в стационарных условиях. Медицинский центр привлечен к административной ответственности в виде административного приостановления деятельности на срок шестьдесят суток [5].

В гражданско-правовых спорах с пациентами надлежащее проведение внутреннего контроля также может иметь большое значение.

В Перми по иску пациентки о компенсации морального вреда в связи с некачественно оказанной услугой кесарева сечения судом

первой инстанции взыскано 5 000 рублей. Судебно-медицинская экспертиза не выявила причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и образованием у пациентки грыжи, установлено, что медицинская помощь оказана в полном объеме. Однако, среди дефектов медицинской помощи эксперты указали на отсутствие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации по указанному случаю. Суд апелляционной инстанции взыскал с медицинской организации компенсацию морального вреда в 100 000 рублей [6].

Напротив, в Краснодаре надлежащее проведение внутреннего контроля и оформление его результатов помогло медицинской организации защитить свои интересы в суде. Пациентка просила взыскать расходы, неустойку и компенсацию морального вреда в общей сумме 388 500 рублей, указав, что в результате проведения ей исследования проходимости маточных труб у нее открылось кровотечение, тем самым был причинен вред здоровью, а также моральные страдания хамством врача-гинеколога. Однако, судом установлено, что по указанному случаю проведена целевая проверка внутреннего контроля и выявлено отсутствие нарушений, кровопотеря составила 5 мл, что при состоянии пациентки – спячном процессе – является нормальным, о чем пациентка была предупреждена. Суд встал на сторону медицинской организации и отказал в удовлетворении требований пациентки [7].

К сожалению, в практике возникают случаи, когда пренебрежение внутренним контролем провоцирует наступление рисков одновременно из всех четырех групп, указанных выше, и приводят к самым тяжелым последствиям.

Медицинский центр в Нижнем Новгороде выдал пациенту Монахову Д.В. справку об отсутствии противопоказаний к ношению и хранению оружия. Монахов, вооружившись приобретенными ружьями, произвел несколько прицельных выстрелов по трем незнакомым лицам, которые скончались на месте происшествия. После Монахов совершил суицид путем выстрела в голову. Территориальный орган Росздравнадзора обратился в суд с требованием об аннулировании лицензии медицинского центра. Дело было предметом рассмотрения судов трех инстанций. «...суды пришли к выводу, что продолжение медицинской деятельности Общества представляет угрозу общественным интересам и жизни/здоровью граж-

дан, поскольку формальное проведение медицинского осмотра ... позволили получить Монахову Д.В. лицензию... При этом перечисленные обстоятельства явились следствием отсутствия соблюдения порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Поведение Общества свидетельствует о пренебрежительном отношении к исполнению возложенных на него публично-правовых обязанностей...». Медицинский центр лишился лицензии на осуществление медицинской деятельности [8].

На мой взгляд юриста, повысить эффективность внутреннего контроля и снизить возможные риски поможет соблюдение следующих рекомендаций:

1. Не допускать формального отношения к выполнению требований к проведению внутреннего контроля. Соблюдение требований начинается с психологического отношения к этому процессу. Важно создание в медицинской организации такой корпоративной культуры, частью которой является уважительное отношение к закону и правилам, осознание важности соблюдения правил, истинных причин их установления. Корпоративная культура зачастую регулирует поведение сотрудников намного эффективнее, чем приказы и инструкции [9].

2. Для организации и проведения внутреннего контроля применять инструменты комплаенс-менеджмента (управления рисками). Медицинская деятельность по своей природе обладает высоким рисковым характером и «обеспечение соответствия» для нее имеет особое значение. Экспертами отмечается, что организациям необходима эффективная комплаенс-программа с одной стороны – с целью предотвращения преступных действий и смягчения возможной ответственности в случаях правонарушений, с другой – для управления такими вещами, как моральный климат организации, удовлетворенность клиентов, внимание средств массовой информации, и, возможно, самым значимым риском – потерей деловой репутации [10].

3. Завести библиотеку клинических рекомендаций по видам оказываемой медицинской помощи, следить за ее актуальностью. Несмотря на разногласия в медицинском сообществе по поводу обязательности их применения, юристы сходятся во мнении – клинические рекомендации необходимо соблюдать. Использование клиниче-

ских рекомендаций позволяет внедрять во врачебную практику наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии, отказываться от необоснованных медицинских вмешательств и повышать качество медицинской помощи [11]. При отсутствии утвержденных клинических рекомендаций необходимо разработать протоколы лечения для использования медицинскими работниками в процессе трудовой деятельности.

Техническое выполнение указанных рекомендаций можно обеспечить путем применения различных инструментов – регламентов, чек-листов, обучающих мероприятий, мониторинга и аудита, системы поощрений.

В завершение отмечу, что обеспечение соответствия требованиям – залог успешной деятельности в любой сфере, но для медицины это должно стать основной задачей, выполнение которой поможет повысить безопасность работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приложение Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru / 2 октября 2020 г. N 0001202010020017.
2. Постановление Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru / 2 июня 2021 г. N 0001202106020050.
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ // Российская газета от 31 декабря 2001 г. № 256.
4. Решение ПСП Арбитражного судов Архангельской области в г.Нарьян-Маре от 18 сентября 2024 г. по делу N A05П-459/2024 // ГАРАНТ. Банк судебной практики.
5. Решение Арбитражного суда г.Севастополя от 5 июля 2023 г. по делу N A84-5172/2023 // ГАРАНТ. Банк судебной практики.
6. Апелляционное определение СК по гражданским делам Пермского краевого суда от 28 марта 2023 г. по делу N 33-64/2023 // ГАРАНТ. Банк судебной практики.

7. Решение Ленинского районного суда г. Краснодара Краснодарского края от 10 декабря 2024 г. по делу N 2-4863/2024 // ГАРАНТ. Банк судебной практики.
8. Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 23 августа 2021 г. N Ф01-4137/21 по делу N А43-33402/2020 // ГАРАНТ. Банк судебной практики.
9. Корпоративная культура / Татьяна Кожевникова. – Москва: Эксмо, 2020. – 240с. С. 19.
10. Комплаенс-программа организации: практическое руководство / В.А. Черепанова. – 5е изд., испр. – Москва: ИНФРА-М, 2021. – 285с. С.10.
11. Основные направления обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности // Журнал «Главный врач», № 6, июнь 2018 г. / ГАРАНТ. Дата обращения 3.04.2025г.

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ В СООТНОШЕНИИ С ПЛАНом ЛЕЧЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДОСЛЕДСТВЕННОЙ ПРОВЕРКИ

Гаганов Д.Б.

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

Суть дела:

Пациент, недовольный врачом подаёт заявление следователю. Заявление принимают.

В рамках доследственной проверки (ст. 144 УПК РФ) следователь запросил документы, относящиеся к спорному медицинскому событию, включая договор оказания платных медицинских услуг со всеми приложениями. При исследовании договора следователь посчитал, не без учёта позиции заявителя, что формулировки в договоре, описывающем комплексную медицинскую услугу недостаточны для однозначного определения объёма и содержания медицинского вмешательства (комплекса медицинских вмешательств). Поэтому была запрошена дополнительная документация – в предоставленном пакете документов отсутствовал план лечения.

Следователю план был предоставлен, но в связи со слишком общими формулировками предмета договора оказания комплексных услуг, и недостаточностью конкретизации даже после изучения пла-

на лечения, следователь посчитал данный вопрос неразрешённым и поставил вопросы о конкретизации комплексных услуг и о соответствии договора и плана лечения на разрешение «предварительной СМЭ».

Данные вопросы касались в том числе и недостатков ведения документации в связи с вышеизложенным.

При этом объём необходимой для направления эксперту документации определяет в большинстве случаев следователь.

Вопросы были поставлены так, что кроме ненадлежащего ведения документации, которое прослеживалось по мнению следователя у врача – из медицинских документов не совсем было ясно, что именно делали пациенту.

Вопросы же, разрешённые в рамках «предварительной СМЭ» вследствие неясностей, связанных как с раскрытием комплексности услуги и соотношением предмета договора и плана лечения, были так поставлены, что подводили к наличию недостатков, которые потенциально могли бы находиться в причинно – следственной связи с неблагоприятным исходом. Тщательно составленный post factum план лечения не сработал надлежащим образом. Договор оказания комплексной медуслуги применялся в этой медицинской организации на все случаи жизни и такой универсализм сработал против врача.

Сложившаяся практика правоприменения: Распространена ситуация, когда следователь после получения на доследственной стадии медицинской документации и договора (-ов) с приложениями назначает СМЭ, на разрешение которой ставит вопросы, сформулированные стороной заявителя. Именно это и является зоной риска – следователь допускает вопросы правового характера, а эксперт не протестует – вопросы, направленную на интерпретацию недостатков формы и предмета договора в нужном потерпевшей стороне направлении.

Врач, к большому сожалению, лишён в этом случае всех прав, предусмотренных ст. 198 УПК РФ – дело то ещё не возбуждено, идёт проверка информации о потенциальном общественно – опасном деянии и требуются специальные знания, следователь успешно отказывает стороне врача во всех поданных ходатайствах.

Врач (медработник) часто вообще не в курсе происходящего, не знаком с вопросами, его представитель не может указать на

недопустимость правового характера вопросов; сторона врача (медработника) вообще не может поставить свои вопросы. Ознакомление с постановлением следователя о назначении экспертизы и с уже готовым заключением экспертизы часто попросту происходит в один день.

Значимость корректного предмета комплексной медицинской услуги.

Почему важна конкретизация и уход от «универсального» договора оказания комплексных медицинских услуг (договора «на все случаи жизни»)?

Понятно, что общие права и обязанности Заказчика и Исполнителя возникают у сторон просто в силу самого факта оказания услуг, что подразумевает правовые нормы раздела ГК РФ об отдельных видах обязательств. Но среди названной группы прав и обязанностей можно выделить и особые обязанности – например, обязанность медицинской организации предоставления медицинской услуги, в указанном в договоре объеме и соответствующего качества. Именно к неясности объёма и определения соответствующего качества «прицепился» следователь. Ссылка на «комплексность» следственный орган не устроила.

Более того, это сработает против врача (медработника) в том смысле, что следователь может посчитать, что в данной медорганизации намеренно используют вариант договора «оказания комплексных медицинских услуг» со слишком размытыми формулировками, чтобы не отвечать за последствия.

Что же такое «комплексная медицинская услуга»?

В ГК РФ в разделе об отдельных видах обязательств понятие «комплексная услуга» не раскрывается.

На сегодняшний день продолжает действовать ПРИКАЗ от 16 июля 2001 г. N 268 «О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОТРАСЛЕВОГО КЛАССИФИКАТОРА «СЛОЖНЫЕ И КОМПЛЕКСНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ».

Находим в данном приказе определение:

*Комплексная медицинская услуга – набор **сложных** и (или) **простых** медицинских – услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики, установле-*

ние диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения»

Сложная медицинская услуга – набор простых медицинских услуг, которые – требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д., отвечающий формуле «пациент» + «комплекс простых услуг» = «этап профилактики, диагностики или лечения»

План лечения должен соответствовать договору.

Общие требования – платные комплексные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг утвержденной Минздравом РФ (п. 11 Правил, установленных ППРФ № 736, приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», письмо Минздрава России от 04.07.2018 № 17-2/10/2-4323).

П. 4 письма Минздрава России от 22.12.2023 № 31-2/И/2-24207 гласит, что в том случае, если медицинская услуга является комплексной, то возможно указание несколько кодов медицинских услуг, содержащихся в номенклатуре.

Обратимся вначале к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 г. N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Определение комплексной медуслуги мы не найдём.

Тогда обратимся к Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 12 июля 2004 г.) – применяется в части, не противоречащей действующему законодательству.

Находим раздел 7.3 Расчет затрат на сложные и комплексные медицинские услуги.

7.3.1. Затраты на оказание сложных и комплексных медицинских услуг определяются суммированием затрат на простые услуги в соответствии с номенклатурой и кратностью проведения **простых медицинских услуг, входящих в состав сложной и комплексной медицинской услуги.**

Следовательно, комплексная медицинская услуга состоит из простых медуслуг. Простые медуслуги – см. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. № 804н – приложения А и Б.

Все эти простые медицинские услуги в соотношении с типовыми разделами (см. ниже) должны быть перечислены в договоре (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. № 804н – приложения А и Б).

План лечения должен раскрывать комплексную медицинскую услугу, см. п. 5.2.1 Номенклатуры 2004 г. Характеристика типовых разделов «Сложные и комплексные медицинские услуги» (цитата).

Каждая сложная или комплексная медицинская услуга относится к типовому разделу «Сложные и комплексные медицинские услуги», содержит 5 типовых разделов.

1. перечень лечебно-диагностических услуг, формирующий этапы процесса оказания медицинской помощи.

2. перечень медицинских услуг, выполняемых медицинским персоналом, имеющим диплом о среднем образовании, по уходу за пациентами.

3. перечень диагностических комплексов, включая лабораторные (исследование биологических жидкостей, морфологическое исследование тканей и т.д.), функциональные, инструментальные (ультразвуковые исследования, электрокардиография, фонокардиография, использование волоконной оптики и т.д.), рентгенорадиологические, выполняемые на этапе диагностического поиска.

4. перечень услуг профилактической направленности, таких, как диспансерное наблюдение, вакцинация, медицинские физкультурно-оздоровительные мероприятия.

5. перечень услуг, связанных с социальной и медицинской реабилитацией больных.

Резюме. Прописывать корректный предмет комплексной медицинской услуги необходимо так, чтобы следователь на стадии проверки сообщения об общественно опасном деянии не посчитал, что медицинский работник намеренно использовал вариант договора со слишком размытыми формулировками, чтобы не отвечать за последствия.

В ином случае – см. приговор.

Цитата из приговора: «ФИОб, являясь дипломированным специалистом, знал о том, что, заключая договор на оказание медицинских услуг ФИО9, берет на себя обязанность оказания медицинских услуг надлежащего качества, т.е. отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья, и нарушает требования действующего

законодательства, п. 1 ч. 2 ст. 73 Федерального закона РФ от 21.11.2011 года N 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» п. 5 ст.4 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», оказывает медицинскую услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, выразившейся в том, что в нарушение порядка оказания медицинской помощи по профилю «Урология», ранее неверно установил диагноз основного заболевания «доброкачественная гиперплазия простаты» при наличии злокачественного новообразования, при обнаружении «аденоматозных узлов» при УЗИ мочевого пузыря, не предпринял попытку дополнительного обследования методом МРТ для уточнения количества и размеров «узлов», неверно принял решение о проведении оперативного вмешательства, состоящего из двух компонентов, а именно по удалению камней и «аденоматозных узлов» из мочевого пузыря, при этом безосновательно приняв ошибочное решение о расширении объема операции за счет непоказанного пациенту удаления «аденоматозных узлов» – неполное соответствие между планом лечения, изготовленным postfactum и «договором на все случаи жизни – договором оказания комплексной услуги» сработал против хирурга».

ВОТ ЗДЕСЬ ДОГОВОР НЕ СООТВЕТСТВОВАЛ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЙ «ПОДГОНЯЛИ ПО ХОДУ ДЕЛА» – в СМЭ delicatно указали на это – судья процитировал выводы экспертов:

«При этом, в результате оказания ненадлежащей медицинской помощи ФИО9 хирургом урологом-андрологом ООО «Энергия» ФИОб были допущены следующие дефекты и нарушения: ...

– ведения медицинской документации: записи медработников ООО «Энергия» ведутся не в установленном порядке, не на типовых бланках, предусмотренных учётными формами, утверждёнными Минздравом РФ, представлены на разрозненных листах, заполненных рукописным, плохо читабельным текстом, слишком краткие, небрежные и малоинформативные.

Руководствуясь ст. 303, 307-309 УПК РФ, суд –

ПРИГОВОРИЛ: ФИО3 признать виновным в совершении преступления, предусмотренного п. «в» ч.2 ст.238 УК РФ и назначить ему наказание в виде лишения свободы сроком на 3 года, в соответствии с ч.3 ст.47 УК РФ, с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 1 год».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приговор № 1-16/2024 1-6/2024 1-957/2023 от 22 января 2024 г. по делу № 1-16/2024; Подольский городской суд (Московская область).
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. № 804н.
3. Приказ от 16 июля 2001 г. N 268 «О введении в действие отраслевого классификатора «сложные и комплексные медицинские услуги».
4. Инструкцию по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации от 10.11.1999 № 01-23/4-10, РАМН № 01-02/41.
5. Постановление Девятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 28 февраля 2012 г. № 19АП-555/12.

НЕДОСТАТОК МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ И ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Горелкин А.Г.

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

Вопрос о возможности, необходимости и пределах использования публично-правовых инструментов контроля качества и безопасности медицинской деятельности в гражданско-правовом споре о качестве медицинской услуги сохраняет как свою актуальность, так и дискуссионность.

В настоящее время при рассмотрении гражданских дел о ненадлежащем врачевании всё большее значение в качестве доказательства недостатка оказания медицинской услуги приобретают различного рода документы, полученные в ходе административных процедур контроля и надзора за деятельностью медицинской организации. Заключение экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП), отчеты о проверке по жалобе пациента, проведенные страховой компанией или органом исполнительной власти (Минздравом, ТФОМС), акты надзорных органов (Росздравнадзора) и подобные документы зачастую по своей доказательственной значимости фактически стали сопоставляться судом с заключением судебно-медицинской экспертизы, проведенной в соответствии с процессуальным порядком по определению самого суда [1, 2]. Такая тенденция нахо-

дит новое развитие в том, что в ряде случаев суд непосредственно указывает на необходимость проведения ЭКМП для разрешения гражданско-правового спора [3].

В основании складывающейся судебной практики лежит, на наш взгляд, использование в специальном (медицинском) законодательстве понятия услуги в ином, отличном от гражданско-правового толкования смысле и включение понятие «медицинская услуга» в определение понятия «медицинская помощь» [4].

В гражданском праве под услугой понимается 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 [5].

Потребитель имеет право на качественное оказание услуг, что выражается посредством понятия «недостаток услуги», а именно, отсутствие недостатка эквивалентно качественному оказанию услуги, и наоборот, соответственно. Под недостатком услуги понимается её несоответствие указанным целям, а также несоответствие обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке [6 преамбула]. Именно с обнаружением потребителем очевидным и явным образом конкретного недостатка закон о защите прав потребителей связывает возникновение права потребителя на соответствующие требования [6 ст. 29].

Исходя из гражданско-правового содержания понятия услуги, обязательные требования должны относиться непосредственно к самому действию (медицинскому вмешательству) или комплексу действий (комплексу медицинских вмешательств), оказываемых потребителю по договору возмездного оказания медицинской услуги. Пациент-потребитель, по вполне понятным причинам, не в состоянии оценить или обнаружить недостаток в самом действии (медицинском вмешательстве). Предположение о недостатке услуги, как правило, основывается на обнаружении последствий ненадлежащих действий. Соответственно, в качестве обнаруженного недостатка медицинской услуги, пациент указывает на ухудшение состояния здоровья, появление новых болезненных проявлений, возникновение осложнений и тому подобного, однако, чаще всего, - на не достижение ожидаемого им результата услуги.

В настоящее время требования к проведению медицинских вмешательств регламентируются клиническими рекомендациями - документами, содержащими основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи [7 ст. 2 п. 23].

Установить недостаток медицинской услуги в виде несоответствия действий медицинских работников требованиям клинических рекомендаций при конкретном заболевании, их влияние на состояния здоровья пациента (последствия) и предполагаемый результат (исход), может только врач-специалист, практикующий в этой предметной области. Именно поэтому при рассмотрении гражданских дел о качестве медицинской услуги суд в установленном процессуальном порядке назначает, как правило, комплексную судебно-медицинскую экспертизу, привлекая не только врача медицинской специальности «судебно-медицинская экспертиза», но и врачей клинических специальностей (хирургов, кардиологов, акушеров-гинекологов, стоматологов, рентгенологов и иных). Задачей такой экспертизы, помимо выявления факта причинения/возникновения вреда здоровью и его тяжести (судебно-медицинский аспект), является - выявление недостатков медицинских вмешательств, которые могли привести к обнаруженным (предполагаемым) пациентом негативным изменениям в состоянии здоровья (аспект качества услуги). Таким образом подчеркнем, что комплексная судебно-медицинская экспертиза в полной мере дает оценку качеству медицинской услуги (комплексу медицинских вмешательств, имеющих самостоятельное законченное значение [7 ст. 2 п. 4]). По характеру вопросов и составу экспертов такую оценку профессиональных действий медицинских работников клинических специальностей более точно и правильное, на наш взгляд, определять как – «комплексная медицинская судебная экспертиза» или «комплексная судебная экспертиза по медицинским вопросам».

Согласно положениям специального законодательства медицинская услуга является составляющей медицинской помощи [7 ст. 2

п. 3]. Исходя из подобного понимания в существующей практике, характеристика качества услуги (т.е. отсутствие недостатка) отождествляется с близким по смыслу, но не тождественным понятием «качество медицинской помощи». В развитие этой замены, делается ещё одно допущение о возможности использования критериев качества медицинской помощи для оценки качества медицинской услуги, что на наш взгляд неправильно и неправомерно [4]. Под «качеством медицинской помощи» понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [7 ст. 2 п. 21]. Соответственно понятие «качество медицинской помощи» включает оценку комплекса взаимосвязанных, но при этом разнородных медицинских мероприятий, направленных на поддержание или восстановление здоровья, а не оценку качества конкретной медицинской услуги, предмет которой определяется договором оказания услуг.

ЭКМП является одним из инструментов административного регулирования медицинской деятельности. Проводится по распоряжению органа исполнительной власти при осуществлении государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Основная цель - контроль всех этапов оказания медицинской помощи и выявление всех возможных дефектов, потенциально несущих риск причинения вреда здоровью или нарушения прав пациентов, прежде всего в системе ОМС. Нарушения, выявляемые при проведении ЭКМП, являются основанием для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) [8 Приложение N 5].

Для оценки качества медицинской помощи разработаны критерии, формируемые по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи [7 ст. 64 ч. 2]. Однако, значительная часть критериев не относится и не применима к оценке качества самого медицинского вмешательства и его причинной связи с обнаруженным пациентом конкретным неблагоприятным последствием для здоровья. Так критерии по группе заболеваний включают заранее сформулированные вопросы, требую-

щие обобщенной формальной оценки в виде «Да/Нет». Например: «Выполнен осмотр врачом-терапевтом или врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе) – Да/Нет»; «Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе) ДА/Нет» [9]. При этом правила суммарной оценки по всем входящим критериям не определены.

Оценка качества медицинской помощи охватывает значительно больший круг вопросов в отношении качества как самих медицинских действий (медицинских вмешательств), так и относящихся к организации и условиям проведения всего комплекса медицинских мероприятий, составляющих медицинскую деятельность. Необходимость, целесообразность и рациональность такого подхода при организации судебной экспертизы по гражданскому делу вызывают обоснованные сомнения, исходя из значительных затрат времени, стоимости проведения и целому ряду иных причин. Подобные сомнения ранее были предметом широкого обсуждения [10].

Использование ЭКМП в гражданском судопроизводстве по делам о качестве медицинских услуг ставит большое количество вопросов процессуального порядка.

– Использование заранее сформулированных вопросов (критерии качества медицинской помощи) исполнительной ветвью власти при осуществлении её полномочий по административному регулированию медицинской деятельности, противоречит гражданско-процессуальному законодательству, поскольку круг вопросов на экспертизу определяет суд.

– При иске к нескольким медицинским организациям (соответчикам) вероятно потребуются назначение ЭКМП по регламентируемым вопросам (критериям качества) в каждой из них отдельно, что потребует в последующем сравнительную оценку вклада каждого из них в возникновение обнаруженного пациентом недостатка. Однако такое сопоставление экспертизой качества медицинской помощи не предусмотрено.

– Порядок проведения ЭКМП на основании критериев качества не подразумевает оценку иных, кроме медицинской документации организации, материалов гражданского дела, как это предписано нормами судебно-экспертного законодательства.

Медицинская услуга всегда связана с вмешательством в нематериальное благо человека – его здоровье, при котором не исключена вероятность причинения вреда. Данный аспект диктует необходимость привлечения к назначаемой судом экспертизе в отношении недостатка медицинской услуги врача по специальности «судебно-медицинская экспертиза». Поэтому, на наш взгляд, в качестве организационной базы проведения комплексной судебной экспертизы предпочтительнее экспертная медицинская организация, имеющая лицензию на судебно-медицинскую деятельность, чем имеющая лицензию на ЭКМП. По этой же логике в качестве эксперта-организатора следует привлекать врача-эксперта по специальности судебно-медицинская экспертиза, а не врача клинической специальности. При этом следует отметить, что номенклатура медицинских специальностей [11] не включает такую специальность как «экспертиза качества медицинской помощи». Число врачей клинических специальностей, включенных в реестр экспертов качества медицинской помощи и соответственно имеющих право осуществлять такого рода экспертизу, крайне незначительно, что также является ограничивающим обстоятельством назначения ЭКМП.

Закключение. Комплексная судебно-медицинская экспертиза, назначаемая судом по гражданскому делу с привлечением экспертов клинических специальностей, позволяет всесторонне, полно и объективно оценить качество конкретных медицинских вмешательств, охватываемых предметом договора услуги, а также причинную связь с предполагаемым и обнаруженным пациентом недостатком услуги. Экспертиза качества медицинской помощи по критериям, регламентированным и соответствующим целям публично-правового регулирования медицинской деятельности, не имеет преимуществ перед комплексной судебно-медицинской экспертизой, и, главное, противоречит принципу самостоятельности и независимости гражданского судопроизводства и в целом судебной ветви власти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 21.08.2023 N 16-КГ23-23-К4.
2. Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 03.10.2023 N 88-19646/2023 по делу N 2-6/2023.

3. Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 11.07.2024 N 88-14330/2024
4. Горелкин А.Г., Васильев И.В. Недостаток медицинской услуги в контексте коллизии частноправового и публично-правового толкования понятия медицинская помощь / сб. материалов IV Всероссийских медико-правовых чтений, Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание: 19 апреля 2024 года, Новосибирск. – Новосибирск: Сибмедиздат, – 2024, – С. 12-17.
5. О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 (подпункта «г» пункта 3).
6. О защите прав потребителей: закон Р Ф от 07.02.1992 № 2300-1 // Собрание законодательства. 1996. N 3. Ст. 140.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон Рос. Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Российская газета № 263. 23.11.2011. Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>.
8. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования: Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н.
9. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н.
10. Божченко А.П. Профессиональные правонарушения медицинских работников: проблемы и тенденции в вопросах назначения, производства и оценки судебно-медицинских экспертиз // Медицинское право. 2022. N 4. С. 3 – 7; 2023. N 1. С. 6 – 10.
11. О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование: Приказ Минздрава России от 07.10.2015 N 700н.

УСТАНОВЛЕНИЕ КАТЕГОРИИ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Конотопцева Ю.В., Плакущева Я.Б.

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

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы могут производиться по различным поводам, одним из которых является необходимость в установлении тяжести повреждений, полученных при несчастном случае на производстве.

В отечественном законодательстве определение «несчастного случая на производстве» закреплено ФЗ от 24.07.1998 N 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», в соответствии с которым несчастный случай это событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных настоящим Федеральным законом случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть».

Последствия несчастного случая на производстве можно условно разделить на 4 блока, одним из которых является организационный, включающий расследование несчастного случая и устранение причин к нему приведших [7]. Расследование несчастного случая на производстве выполняется в соответствии со ст.ст. 227-231 Трудового кодекса РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ. В частности, ст.ст. 229.1 и 229.2 регламентируют сроки проведения расследования несчастного случая и порядок его проведения. Тяжесть несчастного случая устанавливается на основании «Медицинского заключения о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести», содержание которого объяснено Приказом Минздравсоцразвития от 15.04.2005 № 275 «О формах документов, необходимых для расследования несчастных случаев на производстве» и имеющимися в нем «Рекомендациями по заполнению учетной формы № 315/у». В «Медицинском заключении» указывается клинический диагноз и степень тяжести травмы; подпись документа выполняется лечащим врачом и заведующим отделением или главным врачом ЛПУ, а в случае госпитализации пострадавшего – заведующим отделением или главным врачом медицинской организации. Учитывая степень тяжести травмы, расследование несчастного случая на производстве может быть окончено в течение 3-х календарных дней, если один (несколько) пострадавших получили легкие повреждения здоровья или в течение 15 календарных дней – если пострадавший (пострадавшие) получил тяжелые

повреждения здоровья. Согласно существующим правовым нормам, в случае необходимости проведения дополнительных мероприятий по расследованию несчастного случая сроки могут быть продлены, но не более чем на 15 календарных дней; в отдельных ситуациях сроки могут превышать 1 месяц, исключительно по согласованию с соответствующими органами.

Определение степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве проводится согласно с прилагаемой к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.02.2005 № 160 «Схемой определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве», которая подразумевает деление несчастных случаев на производстве на 2 категории: тяжелые и легкие. Основанием для установления тяжелого несчастного случая на производстве является наличие квалифицирующих признаков и повреждений здоровья, острый период которых сопровождается кровопотерей, шоком и т.д., повреждений здоровья, квалифицированных при первичном осмотре пострадавшего врачами стационара как «проникающие ранения черепа», «ушиб головного мозга» и др. и повреждений, которые непосредственно не угрожают жизни пострадавшего, но являются тяжкими по последствиям. К легким несчастным случаям на производстве отнесены повреждения, не являющиеся тяжелыми. За неимением специальной разъяснительной документации по квалифицирующим признакам и методических указаний по использованию повреждений, указанных в соответствующих разделах «Схемы определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве», мы воспользовались положениями Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

При сопоставлении нормативной базы по расследованию несчастных случаев на производстве и положений Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н выделены недостатки использования квалифицирующих признаков и медицинских критериев тяжелого несчастного случая на производстве, а именно: некорректная формулировка квалифицирующих признаков тяжести несчастного случая на производстве («стойкая утрата трудоспособности»), использование терминов, не относящихся к компетенции врача любой специальности, так как понятия не являются медицинскими

(«неизгладимое обезображивание лица»), нарушение принципов построения клинического диагноза, как части содержания «Медицинского заключения о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести» («прерывание беременности», «неизгладимое обезображивание лица», «потеря зрения, речи, слуха»), отсутствие в медицинских критериях тяжелого несчастного случая интранатологических дополнительных характеристик («ушиб головного мозга», «шок», «эмболия»), абортивная трактовка медицинских критериев тяжелого несчастного случая (потеря какого-либо органа или полная утрата органом его функции), нарушение анатомического подхода к трактовке повреждений/последствий тяжелого несчастного случая (повреждения магистрального кровеносного сосуда: аорты, сонной («общей, внутренней, наружной»), подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий ...»), некорректная трактовка понятия «повреждение» («прерывание беременности»), использование терминов и фразеологических оборотов напрямую указывающих на заимствование положений и исключающих вариант случайного совпадения («повреждения, которые непосредственно не угрожают жизни пострадавшего, но являются тяжкими по последствиям ...»). В качестве примера можно привести некорректную формулировку указанного в п.2 «Схемы» «прерывания беременности», под которым в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н понимается прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причиненным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами, либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства. При этом, для установления факта «прерывания беременности» необходимо установление бывшей беременности, факта причинения травмы пострадавшей и наличие прямой причинно-следственной связи. Такой подход к оценке «прерывания беременности» является достаточно сложным в организации [1], требует участия не только врача-акушера-гинеколога, но и других узких специалистов, «вывод о причине прерывания беременности должен основываться на результатах обследования потерпевшей и анализе медицинских документов», которые запрашиваются в учреждениях здравоохранения правоохранительными органами. При усмотрении прямой причинно-следственной связи, прерывание беременности в рамках СМЭ

справедливо расценивается не как повреждение опасное для жизни само по себе, а как последствие повреждения, связанное с посягательством на здоровье женщины, в ходе которого потерпевшая лишается предстоящего материнства. Однако, формулировка п. 2 «Схемы» напротив, трактует «прерывание беременности» как повреждение само по себе, что с нашей точки зрения является неправомерным. При поступлении в профильное отделение врачу акушеру-гинекологу не составит труда определить факт бывшей беременности и ее срок, но в силу вышесказанного, установление прерывания беременности, с точки зрения существующего законодательства, не может быть прерогативой лечащего врача и (или) заведующего отделением (главного врача) а, кроме того, соблюдение процедуры установления факта «прерывания беременности» потребует значительного промежутка времени, не согласующегося со сроками расследования несчастного случая.

Анализируя предшествующие Приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.02.2005 № 160, утратившие силу нормативные документы обнаружилось, что в качестве отправной точки для разработки новых медицинских критериев тяжести несчастного случая на производстве наиболее подходящей, с нашей точки зрения, является «Схема определения тяжести производственной травмы», утвержденная Приказом Министерства здравоохранения СССР от 22.09.1981 г. Содержание этой «Схемы» позволяет исключить большинство недостатков действующей схемы, так как в качестве медицинских критериев тяжелого несчастного случая рассматриваются повреждения, сопровождающиеся реальной опасностью для жизни пострадавшего или закономерным неблагоприятным исходом, что полностью согласуется со сроками расследования несчастного случая, а кроме того имеются конкретные методические указания, позволяющие врачам профильных отделений с легкостью ориентироваться в медицинских критериях тяжести несчастного случая.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ардашкин А.П. О компетенции судебно-медицинского эксперта при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека // Вестник судебной медицины. – 2024. – Т.13, №2. – С.33-35.
2. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 22.09.1981 года №06-14/18.

3. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.02.2005 №160 «Об определении степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве».
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.04.2005 №275 «О формах документов, необходимых для расследования несчастных случаев на производстве».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №194н от 24.04.2008г. «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (с изм. и доп.).
6. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ (ред. от 28.12.2024г.);
7. <https://journal.ecostandard.ru/ot/praktikum/neschastnye-sluchai-na-proizvodstve-pravovye-posledstviya-i-rekomendatsii-po-snizheniyu-riskov/>

ПРАВО НА СУДЕБНУЮ ЗАЩИТУ ПРИ АНОНИМНОМ ЛЕЧЕНИИ

Лазарева В.В.

Адвокатская палата Ярославской области (Ярославль)

С 01.09.2023 года вступили в силу новые правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

В обновленных правилах появилось право медицинских организаций оказывать медицинские услуги анонимно [1].

В рамках оказания медицинских услуг под анонимностью следует понимать такое оказание медицинской услуги, при которой персональная информация об обратившемся за помощью пациенте медицинскими работниками указывается со слов пациента [1]

Закрепленное в новых правилах положение не нашло в законодательстве необходимого последовательного продолжения.

Отсутствие необходимого правового регулирования привело к конфликту правовых норм и как следствие – незащищенности участников этого процесса.

Соблюдения положений предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг в части анонимного лечения порождает для медицинской организации определенные риски. Например.

Порядок заполнения медицинской карты амбулаторного больного (форма № 025/у) не предусматривает анонимного лечения. В соот-

ветствии с п. 11.1 Порядка пункты 2-6 карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента [2].

Следовательно, заполнение карты со слов пациента является нарушением установленного порядка заполнения амбулаторной карты.

В свою очередь ведение амбулаторной карты в нарушение порядка не соответствует критериям качества по условиям оказания медицинской помощи [3].

Еще одним критерием качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях является наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие – необходимое предварительное условие медицинского вмешательства [4].

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан [1].

По мнению Минздрава РФ [5] анонимное оформление информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство неприемлемо в связи с возможностью выявления опасной для жизни пациента патологии (например, онкологической). В такой ситуации оповещение пациента о результатах медицинского исследования с учетом сохранения врачебной тайны, а также организация оказания необходимой медицинской помощи такому пациенту представляются невыполнимыми.

Кроме того, к рискам медицинской организации при анонимном лечении пациентов можно отнести следующие моменты.

При оказании медицинской помощи молодым пациентам есть риск оказания помощи несовершеннолетним без получения согласия родителей, поскольку бывает невозможно точно установить возраст пациент.

При обращении пациентов со следами насилия, огнестрельных, ножевых ран, невозможно передать достоверные сведения в правоохранительные органы, есть риск предоставления ложных сведений о пациенте.

Пациенты, пожелавшие остаться неидентифицированными, так же оказались незащищены со стороны закона.

В ситуации с пациентами установленные законом защитные механизмы работают против анонимного пациента.

В первую очередь такие пациенты сталкиваются с понятием «врачебная тайна», которое в данной ситуации оборачивается против них самих.

Мы знаем, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, которая не может быть разглашена третьим лицам без письменного согласия пациента.

Следовательно, когда анонимный пациент, прошедший обследование возвращается за результатами исследований, или копий медицинской документации он понимает, что не может:

- получить выписку из медицинских документов, восстановить анализы или результаты исследований, заказать копию медицинской документации
- пройти дополнительные обследования или лечение в других клиниках, потому что у этих клиник не будет доступа к информации по анонимному лечению;
- своевременно получить информацию о проблемах со здоровьем;
- передать данные в другие медицинские организации, при необходимости срочного лечения, например, при онкологических заболеваниях;
- в дальнейшем получить какие-либо дополнительные услуги по анонимному обращению в рамках госгарантии, т.е. бесплатно, а также своевременную помощь в стационаре;
- выбрать лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получить вычет по НДФЛ.

При обращении в суд за защитой нарушенных прав пациент так же обязан доказать, что услуги ненадлежащего качества оказывались именно ему.

В случае возникновения судебного спора с анонимным пациентом медицинской организации необходимо будет доказывать, что с ее стороны не было дефектов оказания медицинской помощи, в том числе при оформлении медицинской документации.

Для этого перед началом работы с анонимными пациентами кликам необходимо разработать локальные нормативные акты о порядке оказания медицинской помощи пациентам анонимно и обучить сотрудников взаимодействию с данной категорией пациентов.

В локальном акте необходимо предусмотреть систему кодирования (по номеру договора, чека или иной способ) на основании которой в данной медицинской организации может быть идентифицирован анонимный пациент, расписать порядок взаимодействия персонала клиники и анонима, порядок оформления медицинской документации.

Необходимо разработать отдельный договор только для анонимных пациентов. В шапке договора указать, что договор составлен анонимно, в тексте договора сделать ссылку, что все данные пациента указаны с его слов.

Приложением к договору сделать памятку для пациента. В памятке необходимо перечислить все ограничения, с которыми столкнется пациент при получении услуги анонимно. Отдельным пунктом в памятке прописать, что пациенту разъяснены все последствия, которые связаны с невозможностью идентифицировать его личность, что он понимает эти последствия и согласен на получения помощи анонимно.

На этом этапе очень важна работа представителя медицинской организации. Персонал клиники должен доходчиво объяснить пациенту, что анонимный договор, прежде всего, нарушает права пациента и постараться убедить его предъявить паспорт.

Следующим этапом разработать отдельную форму ИДС для анонимных пациентов. В форме указать, что все данные записаны со слов пациента. Для клиники будет лучше, если всю информацию о себе пациент напишет своей рукой. В суде будет легче доказать, что согласие подписано самим пациентом.

При заполнении медицинской карты сделать указание на то, что медицинская карта заведена на анонимного пациента, все персональные данные записаны со слов пациента.

Кроме того медицинская организация должна информировать пациентов в доступной форме о том, что анонимная помощь несовершеннолетним не оказывается. Это противоречит закону, поскольку за несовершеннолетних младше 15 лет информированное добровольное согласие дают родители или законные представители [4]. Отсюда следует, что для установления возраста пациента и его род-

ственных связей с представителем необходимы документы удостоверяющие личность.

Принятие всех вышеуказанных мер значительно снижает риски и повышает шансы клиник в суде при возникновении споров с анонимными пациентами и при проверках контролирующих органов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
2. Приказ Министерства здравоохранения России от 15.12.2014 № 834н.
3. Критерии оценки качества медицинской помощи, утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Письмо Минздрава России от 9 июня 2017 г. N 17-1/3717-1.

ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ УМЫШЛЕННОГО ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, ПОВЛЕКШЕГО СМЕРТЬ, И ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПО НЕОСТОРОЖНОСТИ

Морозов С.М.

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

Одной из наиболее сложных квалификаций при оценке повреждений, полученных при причинении вреда здоровью человека, являются преступления, связанные с причинением тяжкого вреда здоровью повлекшие смерть, от смежных составов преступлений, в частности от причинения вреда здоровью по неосторожности. Суд, правоохранительные органы, расследующие подобные уголовные дела, довольно часто сталкиваются с трудностями при установлении причинно-следственной связи между действиями лица причинившего повреждения и наступившими за этим последствиями.

Судебно-медицинская квалификация причиненного вреда здоровью человека проводится экспертом на основании Постановления Правительства РФ № 522 от 17 августа 2007 г. «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью

человека» и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №194н от 24 апреля 2008 г. «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». При совершении умышленных преступлений (с прямым или косвенным умыслом) по большинству критериев, связанных с причинением вреда здоровью человека и возникновением последствий опасных для жизни у органов суда и следствия вопросов чаще всего не возникает. На основании Приказа МЗ РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н п.п. 6 и 6.1. вред здоровью, опасный для жизни человека, это вред, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее – вред здоровью, опасный для жизни человека). В данном случае, медицинскими критериями вреда здоровью являются вполне определенные повреждения жизненно-важных органов и систем организма, возникающих от непосредственного действия (воздействия) причинителя вреда, и иная оценка этих повреждений с наступившими последствиями практически невозможна. Чаще всего данные повреждения могут быть причинены при совершении умышленных преступлений, с прямым и косвенным умыслом, когда виновный осознавал общественную опасность своих действий (бездействий), предвидел возможность, или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желал их наступления (прямой умысел), либо сознательно допускал эти последствия, либо относился к ним безразлично (косвенный умысел). К этой категории относятся перечень повреждений и травм органов и систем организма, которые после их получения, создают непосредственную угрозу для жизни человека: рана головы, проникающая в полость черепа, перелом свода черепа, внутричерепная травма с размождением вещества головного мозга, перелом хрящей гортани и т. д. По данным повреждениям в Приказе от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», имеется исчерпывающий перечень конкретных нозологических форм, это п.п.6.1. - 6.1.30., которые обычно не вызывают трудностей при их оценке по степени тяжести. При квалификации данных преступлений обычно учитывается мотив преступления. наличие умысла у лица, совершившего преступление и способ его совершения.

Во втором случае, в Приказе №194н от 24 апреля 2008 г. имеется перечень состояний, которые сопровождаются развитием вреда здоровью, опасного для жизни человека, вызывающие расстройство жизненно важных функций организма человека, которые сами по себе не могут быть компенсированы организмом самостоятельно и обычно заканчиваются смертью (угрожающее жизни состоянием), т.е. требуют для их купирования обязательного медицинского вмешательства. Это в указанном выше приказе п.п. 6.2–6.11. Подобные состояния чаще возникают при совершении преступлений по неосторожности (преступления, совершенные по легкомыслию или небрежности). Преступления признаются совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействий), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. Небрежность, если лицо не предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействий), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

Это такие состояния как острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность, острая почечная или печеночная недостаточность, острая дыхательная недостаточность тяжелой степени, различные виды механической асфиксии и т.д. При возникновении данных состояний, у органов следствия и суда, при определенных условиях могут возникнуть сомнения при установлении причин возникновения, оценки степени тяжести и квалификации этих состояний. Конечно, в каждом конкретном случае необходимо разбираться индивидуально в причинах возникновения и развития опасных для жизни состояний. Тем не менее, эти трудности возникают, что требует их оценки и установления причинно-следственной связи между причинением вреда и возникновением опасных для жизни состояний. На практике, данные ситуации возможны при совершении преступлений, соответствующих ч. 4 ст. 111 УК РФ «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью» и ст. 118 УК РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности». Лицо, совершившее подобное преступление часто ссылается на отсутствие умысла на лишение жизни потерпевшего. Следовательно, при квалификации преступления необходимо учитывать способ совершения преступления, используемое для его совершения орудие, локализацию и характер повреждений, взаиморасполо-

жение и поведение потерпевшего и нападавшего как до совершения преступления, так и после его совершения.

На примере конкретного случая: компания знакомых между собой мужчин в гараже распивала спиртные напитки. Как это обычно бывает, в результате внезапно возникшего конфликта некто К. нанес гражданину А. удар кулаком в область лица спереди-назад. От полученного удара в лицо А. упал навзничь назад на спину и уже не поднимался и активных действий не совершал. В этой ситуации все события проходили под камерой. Пользуясь беспомощным состоянием пострадавшего, К. нанес еще несколько ударом руками в область головы и туловища А. При этом А. сопротивление не оказывал и не двигался. Вызванная на место происшествия бригада скорой медицинской помощи констатировала смерть пострадавшего. При исследовании трупа в морге судебно-медицинским экспертом обнаружены наружные повреждения на теле в виде множественных ушибленных ран на лице, ссадины и кровоподтеки на лице, туловище и конечностях. При внутреннем исследовании установлен многооскольчатый перелом костей носа (не менее 10 фрагментов различного размера и формы, с несопоставимыми краями), большое количество жидкой крови в носовых ходах, пазухах носа, в трахее и бронхах. В пищеводе и желудке жидкая кровь. Причиной смерти по мнению судебно-медицинского эксперта явилась механическая асфиксия, от закрытия дыхательных путей излившейся кровью. Тем не менее, степень тяжести данного повреждения экспертом не оценивалась, и прямая причинно-следственная связь между полученными повреждениями и наступившей смертью не установлена. Остальные повреждения, обнаруженные на трупе (ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны) отнесены к легкому вреду здоровья человека, что в причинной связи с наступлением смерти не стоит. В результате возникает парадоксальная ситуация, с одной стороны имеется труп. Смерть насильственная, и наступила от механической асфиксии, которая в экспертизе описана, и зафиксированы признаки характерные для механической асфиксии и быстро наступившей смерти. Но её оценка и установление степени тяжести в представленной экспертизе отсутствуют. С другой стороны, все остальные повреждения, описанные экспертом, являются повреждениями, которые относятся к категории легкого вреда здоровья, и не могут приводить к наступлению смерти. Обнаруженные при исследовании тела переломы ко-

стей носа, обычно у живых лиц квалифицируются как повреждения средней степени тяжести, так как приводят к временному нарушению функций органов и систем, и для консолидации полученных переломов костей носа обычно требуется более трех недель (более 21 дня). У органов следствия и суда возникает вопрос, если смерть гр. А. наступила от механической асфиксии в связи с obturацией дыхательных путей излившейся кровью, то какова роль К в возникновении той ситуации, от которой наступила смерть пострадавшего. В данном случае между противоправными действиями К., с нанесением удара (ударов) в области шокогенного органа – голова А., сопровождавшейся потерей сознания, с причинением в беспомощном состоянии многооскольчатого перелома костей носа с повреждением мягких тканей и слизистой носа, с возникновением острой массивной кровопотери с затеканием излившейся крови в наружные дыхательные пути, трахею и бронхи, наличием крови в пищеводе и желудке, с наступлением смерти пострадавшего от развития гипоксии вызванной механической асфиксией с закрытием дыхательных путей излившейся кровью.

При расследовании уголовного дела было установлено, что пострадавшему был нанесен как минимум один удар кулаком (возможно и более) с большой силой в область жизненно важного органа, в голову, что сопровождалось падением назад на спину и потерей сознания. При этом пострадавший вероятно получил повреждение в виде черепно-мозговой травмы, множественных переломов костей носа, далее себя не контролировал, активных действий к сопротивлению не предпринимал, а окружающие помощь ему не оказывали. От полученных повреждений костей лицевого черепа и тканей носа с острой массивной кровопотерей, развилось угрожающее жизни состояние (механическая асфиксия), которая и явилась прямой и непосредственной причиной смерти.

Существует множество постановлений и определений Верховного Суда Российской Федерации, согласно которым обвиняемому вменяется косвенный умысел в вину, при лишении жизни потерпевшего. Если в данном случае не удалось установить какой же умысел был направлен на причинение смерти, то необходимо установить наличие неосторожности в отношении совершенного преступления. При этом умысел можно установить по характеру причиненных повреждений, в какой области они были причинены и каким предме-

том они были причинены. Однако, необходимо учитывать, что при сознательном допущении смертельного результата совершенное деяние может быть квалифицировано и как убийство с косвенным умыслом. Следовательно, для верной квалификации совершенного преступления необходимо применять уголовно-правовые нормы, нормы уголовно-процессуального законодательства. Благодаря выполнению требований о всесторонности, полноте и объективности исследования доказательств, подлежащих доказыванию, с установлением всех обстоятельств причинения вреда здоровью и с учетом всех характеристик субъекта, совершившего данное деяние.

Статьи, по которым можно квалифицировать причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее смерть, от причинения вреда здоровью по неосторожности:

УК РФ Статья 105. Убийство.

УК РФ Статья 109. Причинение смерти по неосторожности.

УК РФ Статья 111. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью.

УК РФ Статья 113. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта.

УК РФ Статья 114. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью при превышении пределов необходимой обороны либо при превышении мер, необходимых для задержания лица, совершившего преступление.

УК РФ Статья 118. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности.

УК РФ Статья 125. Оставление в опасности.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДИСТАНЦИОННЫМ СПОСОБОМ СОГЛАСНО ПОСТАНОВЛЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 11.05.2023 № 736

Панов А.В.

ООО «Центр медицинского права» (Омск)

1. Введение.

В условиях цифровизации общества и стремительного развития технологий в здравоохранении возникает необходимость правового

регулирования новых форм взаимодействия между медицинскими организациями и пациентами.

Одним из ключевых направлений этой работы стало внедрение дистанционных способов заключения договоров на оказание платных медицинских услуг. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» стало важным шагом в этом направлении, установив четкие правила для медицинских организаций

Согласно письму Минздрава России от 22 декабря 2023 года Правила направлены на обеспечение разграничения условий предоставления платных медицинских услуг и оказания медицинской помощи гражданам бесплатно в рамках программы государственных гарантий.

Это подчеркивает важность защиты прав как пациентов, так и медицинских работников.

2. Нормативная база дистанционного заключения договоров на оказание медицинских услуг.

Новые Правила, утвержденные Постановлением № 736, вводят возможность заключения договоров на оказание медицинских услуг через сеть Интернет. Это особенно актуально для тех медицинских организаций, которые имеют собственные сайты и предоставляют услуги в электронном виде

Согласно пункту 42 Правил, заключение договора дистанционным способом должно быть четко регламентировано: пациент должен иметь возможность ознакомиться с условиями договора, подтвердить свое согласие и получить копию документа в электронной форме.

Кроме того, изменения затрагивают не только новые требования, но и отменяют ранее действовавшие нормы, такие как постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006, что делает систему более современной и удобной для всех сторон процесса

Согласно информации из письма Минздрава, при заключении договора дистанционным способом исполнитель (медицинская организация) должен ознакомить потребителя с предложенным описанием медицинской услуги. Информация, которую нужно разместить на главной странице сайта исполнителя в сети «Интернет», перечислена в пункте 43 Правил.

3. Особенности правового регулирования дистанционного заключения договоров.

3.1. Предмет договора и условия предоставления услуг.

Договор на оказание медицинских услуг, заключаемый дистанционным способом, должен содержать все обязательные условия: предмет договора, права и обязанности сторон, стоимость услуг, сроки их оказания и порядок оплаты.

Особое внимание уделяется информированному согласию пациента, которое является неотъемлемой частью договора. Это согласие должно быть получено до начала оказания услуг и подтверждено в установленном порядке.

Минздрав также подчеркивает, что информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство должно быть получено в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ. Для несовершеннолетних может потребоваться предъявление паспорта пациента для определения его возраста, а также документа, подтверждающего статус законного представителя.

3.2. Процедура заключения договора через интернет.

Процесс заключения договора через интернет начинается с размещения на сайте медицинской организации полной информации об услугах, их стоимости и условиях предоставления. Пациент должен иметь возможность внимательно ознакомиться с условиями договора, после чего подтвердить свое согласие на его заключение.

Подтверждение может осуществляться различными способами, например, через электронную подпись или иные методы идентификации личности.

При этом, согласно письму Минздрава, идентификация потребителя может осуществляться через Единую систему идентификации и аутентификации (ЕСИА). Подписание договора усиленной квалифицированной электронной подписью (ЭЦП) обеспечивает его юридическую значимость.

3.3. Ответственность сторон при дистанционном заключении договора.

При дистанционном заключении договора важно учитывать риски, связанные с передачей персональных данных и конфиденциальной информации. Медицинская организация обязана обеспечить безопасность данных пациента и защитить их от несанкционированного доступа.

В случае нарушения этих требований организация может быть привлечена к ответственности в соответствии с действующим законодательством.

Как указано в письме Минздрава, за не информирование граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий предусмотрена административная ответственность. Например, невыполнение медицинской организацией обязанности об информировании граждан может повлечь штрафы как для должностных лиц, так и для юридических лиц.

4. Практические аспекты применения новых правил.

На практике многие медицинские организации уже начали внедрять дистанционные способы заключения договоров. Например, крупные клиники предлагают пациентам возможность оформить договор онлайн через личный кабинет на сайте.

Однако переход на новый формат сопровождается рядом сложностей, таких как необходимость обучения персонала работе с новыми технологиями и адаптация внутренних документов медицинской организации.

Для успешного внедрения дистанционного заключения договоров рекомендуется разработать Положение о порядке заключения договоров дистанционным способом, в котором будут четко прописаны все этапы процесса и ответственность сторон.

Минздрав также рекомендует медицинским организациям актуализировать формы договоров, включая форму договора, заключаемого дистанционным способом, и разместить соответствующую информацию на главной странице сайта.

5. Заключение.

Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 стало важным шагом в развитии цифровой медицины в России. Оно не только легализовало дистанционное заключение договоров на оказание медицинских услуг, но и установило четкие правила для их реализации.

Однако для достижения максимальной эффективности необходимо продолжать совершенствование законодательства, учитывая интересы всех участников процесса. Медицинским организациям следует своевременно адаптироваться к новым требованиям, чтобы обеспечить высокий уровень обслуживания пациентов и защиту их прав.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006».
2. Письмо Минздрава России от 22.12.2023 N 31-2/И/2-24207 «О направлении ответов на обращения, поступающие в Минздрав России в связи со вступлением в силу постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006»».

ИНДУЛЬГЕНЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ?

Стукалин В.Б.

Новосибирский военный ордена Жукова институт имени генерала армии И.К. Яковлева войск национальной гвардии Российской Федерации (Новосибирск), Новосибирский государственный университет экономики и управления (НИИХ) (Новосибирск)

Вопросы уголовной ответственности медицинских работников продолжают оставаться актуальными на протяжении значительного периода времени. Интерес к данной проблематике периодически активизируется, когда в средствах массовой информации освещаются различные факты, связанные с деятельностью медицинских организаций.

В данном случае интерес к теме «подогрели» законодатели, приняв дополнение к статье 238 УК РФ в виде примечания следующего содержания: «Действие настоящей статьи не распространяется на случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи» [1].

Провести правовой анализ необходимости включения такой поправки в уголовное законодательство практически невозможно, поскольку проект Федерального закона № 670471-8, внесённый группой депутатов и сенаторов, был посвящён изменениям в ст. 150 и

ст. 151 УК РФ, никакого упоминания о ст. 238 УК РФ в нём не было. Как не было этого упоминания и в пояснительной записке к данному проекту [2]. Не было упоминания о данном примечании и в проекте закона, принятом в первом чтении 26.09.2024 г. В заключениях Правового управления Аппарата ГД ФС РФ № вн2.2-1/4909 от 12.12.2024 г. [3] и № вн2.2-1/4937 от 13.12.2024 г. [4] замечаний к проекту закона не было. А в законопроекте, принятом ГД ФС РФ 17.12.2024 г. [5], уже имеется текст о дополнении ст. 238 УК РФ указанным примечанием. При этом непонятно кто внёс этот текст в законопроект.

В заключение Правового управления Аппарата СФ ФС РФ № 5.1-01/3381@ от 18 декабря 2024 г. [6] указывается, что принятый «Федеральный закон соответствует Конституции Российской Федерации и согласуется с системой федерального законодательства». Так же указывается, что «внутренняя логика Федерального закона соблюдена, противоречия между его структурными частями и нормами не выявлены».

В заключение Комитета СФ ФС РФ по конституционному законодательству и государственному строительству № 3.1-02/4741@ от 19.12.2024 г. [7] отмечается, что ст. 238 УК РФ «... дополняется примечанием, согласно которому из-под действия данной статьи выводятся случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи ...» (индульгенция?). Также указывается, что это «... изменение позволит упорядочить¹ правоприменительную практику в сфере привлечения к уголовной ответственности лиц, оказывающих медицинскую помощь».

Помимо этого на данный законопроект имеется заключение Комитета СФ ФС РФ по обороне и безопасности № 3.3-02/3866@ от 19.12.2024 г. [8], в котором указывается, что принятый закон, дополнив ст. 238 УК РФ примечанием, «... исключает применение этой статьи в случае оказания медицинскими работниками медицинской помощи»². Ура – индульгенция!?!?

На законопроект есть заключение Комитета СФ ФС РФ по социальной политике № 3.8-02/4470 от этого же числа [9], в котором отмечается, что дополнение ст. 238 УК РФ указанным примечанием

¹ Отмечено автором.

² Отмечено автором.

приводит к не распространению положений данной статьи «... на случаи оказания медицинскими работниками медицинской помощи с целью исключения медицинской помощи из правоотношений, возникающих в рамках законодательства о защите прав потребителей» (достаточно запутанная формулировка¹). Также в этом заключении указывается, что «... реализация Федерального закона позволит решить социально значимые задачи по защите прав медицинских работников² ...». Как представляется, члены данного комитета под «... решением социально значимые задачи по защите прав медицинских работников ...» имеют ввиду – исключение возможности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за деяния, предусмотренные данной статьёй. И вновь – Ура – индульгенция!

Комитет СФ ФС РФ по социальной политике в своём заключении отмечает, что он «... принял решение рекомендовать Совету Федерации одобрить Федеральный закон «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации». Что Совет Федерации ФС РФ и сделал своим Постановлением № 591-СФ от 20.12.2024 г., а 28.12.2024 г. ФЗ № 514 утверждён Президентом.

Проведённый анализ процесса появления рассматриваемой поправки в УК РФ, позволяет сделать вывод о том, что юридического обоснования дополнения ст. 238 УК РФ появившимся примечанием не было.

Обратимся к отдельным аспектам содержательной части появившегося примечания.

Рассмотрим использованное в примечании понятие «медицинская помощь». Бланкетный характер статьи 238 УК РФ для раскрытия данного понятия требует обращения к ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [10], где в п. 3 ст. 2 указывается, что содержанием медицинской помощи является «... комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг», к числу которых относят «... медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение за-

болеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение». Представляется, что данный перечень необходимо считать исчерпывающим, поскольку иные виды профессиональной деятельности медицинских работников, такие как проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий не относятся к медицинской помощи. Как не относится к ней и «... профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) её компонентов в медицинских целях ...» [п. 10 ст. 2, 10]. Как видится, медицинские работники, осуществившие деяния, которые подпадают под признаки объективной стороны ст. 238 УК РФ, и не относящиеся к оказанию медицинской помощи, будут нести за них уголовную ответственность.

Теперь обратимся к исследованию использованного в примечании понятия «медицинский работник». Как отмечалось выше, для разъяснения данного термина так же необходимо обратиться к ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [10]. В п. 13 ст. 2 указанного закона даётся определение, исходя из которого медицинским работником является «... физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации по должности, включённой в номенклатуру должностей медицинских работников¹ и фармацевтических работников, и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности², либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность». В данном правовом положении необходимо рассмотреть два выделенных момента.

Первый – медицинским работником медицинской организации будет считаться только тогда, когда его должность будет включена в номенклатуру соответствующих должностей, предусмотренную Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н [12]. Как представляется, этого признака будет недостаточно для освобождения его от уголовной ответственности,

¹ Отмечено автором.

² Отмечено автором.

¹ Отмечено автором.

² Отмечено автором.

поскольку должно присутствовать второе условие – оказание им медицинской помощи. Хотя в отношении отдельных должностей, указанных в номенклатуре, сложно представить их деятельность, связанную с оказанием медицинской помощи, например, заведующий молочной кухней (п. 1.6), медицинский статистик (п. 6.6). Но в тоже время исключать такую возможность нельзя. И здесь необходимо говорить о третьем условии – в должностных (трудовых) обязанностях конкретного медицинского работника должны быть указаны действия, относящиеся к оказанию медицинской помощи. Только при соблюдении указанных условий медицинский работник может быть освобожден от уголовной ответственности за совершение действий, относящихся к объективной стороне ст. 238 УК РФ.

Исходя из текста рассматриваемого примечания, как представляется, весьма проблемно сделать вывод об отнесении его содержания к деятельности фармацевтических работников. Если анализировать текст части первой статьи 238 УК РФ, где указывается, что преступными деяниями является «производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции ... не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей», то фармацевтические работники подлежат ответственности, поскольку их деятельность в полной мере относится к предмету рассматриваемой статьи. Предметом в данном случае будут являться товары, которые предусмотрены единым перечнем продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единым перечнем продукции, подтверждение соответствия которой осуществляется в форме принятия декларации о соответствии. К числу таких товаров относятся и «...товары для профилактики и лечения заболеваний, технические средства реабилитации инвалидов ...» [13].

Как видится, в статье предпринята попытка рассмотрения небольшой части проблемных вопросов, связанных с применением примечания к статье 238 УК РФ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 28.02.2025) // СПС «КонсультантПлюс».
2. Федеральный закон от 28.12.2024 № 514-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

3. Проект Федерального закона № 670471-8 «О внесении изменений в статьи 150 и 151 Уголовного кодекса Российской Федерации» (ред., внесенная в ГД ФС РФ, текст по состоянию на 12.07.2024) // СПС «КонсультантПлюс».
4. Заключение Правового управления Аппарата ГД ФС РФ N вн2.2-1/4909 от 12.12.2024 г. // СПС «КонсультантПлюс».
5. Заключение Правового управления Аппарата ГД ФС РФ N вн2.2-1/4937 от 13.12.2024 г. // СПС «КонсультантПлюс».
6. Постановление № 7599-8 ГД от 17.12.2024 г. // СПС «КонсультантПлюс».
7. Заключение Правового управления Аппарата СФ ФС РФ № 5.1-01/3381@ от 18.12.2024 г. // СПС «КонсультантПлюс».
8. Заключение Комитета СФ ФС РФ по конституционному законодательству и государственному строительству № 3.1-02/4741@ от 19.12.2024 // СПС «КонсультантПлюс».
9. Заключение Комитета СФ ФС РФ по обороне и безопасности № 3.3-02/3866@ от 19.12.2024 // СПС «КонсультантПлюс».
10. Заключение Комитета СФ ФС РФ по социальной политике № 3.8-02/4470@ от 19.12.2024 // СПС «КонсультантПлюс».
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025) // СПС «КонсультантПлюс».
12. Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н // СПС «КонсультантПлюс».
13. Постановление Правительства РФ от 23.12.2021 № 2425 (ред. от 17.08.2024) «Об утверждении единого перечня продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единого перечня продукции, подлежащей декларированию соответствия, внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2020 г. № 2467 и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

КОМПЕНСАЦИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ЗА ОСКОРБИТЕЛЬНЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ

Фефилова В.В.

Ассоциация юристов России (Архангельск)

За ненадлежащее врачевание предусмотрена юридическая ответственность.

Однако помимо ответственности за ненадлежащую медицинскую помощь возможно возложение ответственности за высказывания в адрес пациентов.

Так, в г. Архангельске родственники умершего пациента взыскали с больницы не только компенсацию морального вреда за некачественное лечение их родственника, но и компенсацию морального вреда за оскорбительное высказывание представителя больницы в его адрес.

Предыстория: пациент находился на лечении в городской больнице с диагнозом «рожистое воспаление голени», у него случился септический шок, имелось подозрение на гангрену, была проведена некрэктомия без ампутации, далее проводились операции по кожной пластике, пациент выписывался из больницы и поступал обратно, его состояние ухудшалось, в больнице не могли найти причину ухудшения состояния его здоровья, пациент скончался.

Как установила судебно-медицинская экспертиза, назначенная в рамках гражданского дела, непосредственной причиной смерти явился сепсис и прогрессирующая полиорганная недостаточность, возникшие как осложнение инфицированной гранулирующей раны нижней конечности. Были выявлены многочисленные недостатки в лечении: неполное обследование, нерациональная антибактериальная терапия, отсутствие адекватной коррекции анемии и белково – энергетической недостаточности, необоснованная выписка пациента, отсутствие решения вопроса об ампутации правой нижней конечности, отсутствие перевода пациента в отделение реанимации.

За некачественное лечение с больницы в пользу родственников судом первой инстанции была взыскана компенсация морального вреда, с чем больница не согласилась и подала апелляционную жалобу. Во время судебного заседания в суде апелляционной инстанции юрист – представитель больницы в прениях заявила: «Если вам дадут тухлое мясо, то хороший гуляш не получится».

После такого поведения представителя больницы родственники подали новый иск – о компенсации морального вреда в связи с негативным высказыванием в адрес умершего, т.к. данным высказыванием родственникам пациента были причинены нравственные страдания.

В соответствии со статьей 151 ГК РФ суд может возложить на нарушителя обязанность компенсации морального вреда.

Согласно п. 1 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 г. № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями, посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага или нарушающими его личные неимущественные права, в т.ч. достоинство личности, честь и доброе имя, право на уважение родственных и семейных связей, право на защиту от оскорбления, высказанного при формулировании оценочного мнения.

В п. 9 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 24.02.2005 N 3 «О судебной практике по делам о защите чести и достоинства граждан, а также деловой репутации граждан и юридических лиц» указано, что судам следует различать дела по защите чести, достоинства и деловой репутации, имеющие место утверждения о фактах, соответствие действительности которых можно проверить (ст. 152 ГК РФ), и оценочные суждения, мнения, убеждения, которые не являются предметом судебной защиты в порядке статьи 152 ГК РФ – и если субъективное мнение было высказано в оскорбительной форме, унижающей честь, достоинство или деловую репутацию истца, на ответчика может быть возложена обязанность компенсации морального вреда, причиненного истцу оскорблением (статьи 150, 151 ГК РФ).

В обоснование своих требований о компенсации морального вреда помимо ссылок на Закон родственники привели также ст. 1 Кодекса профессиональной этики врача РФ: «Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются неизбывными даже после смерти человека».

По второму иску в суде была назначена судебно-лингвистическая экспертиза. Эксперт посчитал, что в высказывании отсутствует негативное оценочное суждение, т.к. не было произнесено имени адресата. Родственники не согласились с результатом и ходатайствовали о повторной экспертизе. Другой эксперт указал, что с учетом коммуникативной ситуации – судебных прений в рамках дела по оказанию медицинской помощи конкретному пациенту с учетом контекста всего судебного заседания в данном высказывании имеется прямая аналогия при сопоставлении тяжелого больного пациента с «тухлым мясом».

Суд первой инстанции удовлетворил требования о компенсации морального вреда в связи с высказыванием: по 20 тысяч руб. дочерям и 10 тысяч руб. жене умершего, т.к. в самом заседании она не присутствовала, но прослушала аудиозапись заседания, сделанную по ее просьбе дочерьми (по первому делу о некачественном лечении было взыскано по 1 млн руб. каждому истцу).

Суд в решении указал, что «фраза, сказанная представителем больницы в ходе судебного заседания, задевает человеческое достоинство, а именно ощущение своей ценности и ценности родственника как человека вообще». Суд при вынесении решения также учел, что извинения истцам не были принесены.

Юрист - представитель больницы не согласилась с решением суда и подала апелляционную жалобу от себя, как от третьего лица, а не от ответчика – больницы, т.к. решение суда может повлиять на ее обязанности: сумма компенсации морального вреда и все судебные расходы (на экспертизы, на представителя истцов) могут быть удержаны работодателем с ее зарплаты.

В апелляционной жалобе представитель больницы указала, что ее фраза не была направлена на личность умершего, а также что сам пациент умер и право требования компенсации морального вреда в связи с негативным оценочным суждением не может быть передано в порядке правопреемства.

Суд апелляционной инстанции оставил решение суда первой инстанции в силе, пришел к выводу, что родственники являются надлежащими истцами: в случае нарушения права на уважение родственных и семейных связей, права на защиту от оскорбления, высказанного при формулировании оценочного мнения, требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены как самим потерпевшим, так и родственниками и другими членами семьи такого гражданина, если имеет место причинение лично им морального вреда. Представителем больницы было допущено некорректное высказывание относительно близкого родственника и члена семьи истцов, которое носит оскорбительный характер для самих истцов. Не вызывает сомнения адресная направленность фразы на истцов, т.к. фраза была произнесена при рассмотрении дела в суде с целью подтверждения отсутствия вины больницы.

Суд указал, что Конституцией РФ каждому гарантируется свобода мысли и слова, однако реализация конституционных прав

должна осуществляться с учетом строго соблюдения прав и законных интересов других лиц.

Согласно определению суда, «используя в своей речи именно такое выражение, представитель медицинского учреждения не мог не понимать, что его услышит не только суд, но и все участники процесса, как присутствующие в судебном заседании, так и имеющие процессуальное право на ознакомление с материалами дела. Представитель учреждения имел возможность оценить этическую сторону рассматриваемой ситуации и уместность употребления такого высказывания при родственниках умершего пациента, доказывающих в суде факт ненадлежащего оказания ему медицинской помощи».

Решение суда по данному делу подтверждает недопустимость подобного поведения работников медицинской организации. Всем работникам медицинской организации необходимо соблюдать этические нормы и придерживаться моральных принципов в коммуникативных ситуациях с пациентами и их родственниками, даже после смерти пациентов.

Высказывание представителя больницы в суде, непринятие мер, направленных для снижения морального вреда, а, наоборот, оправдание своих действий и полагание их допустимыми, является противоправным поведением, повлекло наступление негативных последствий – нравственных страданий родственников умершего пациента в виде эмоционального стресса, испытанного чувства унижения при обесценивании жизни человека. Родственники пациента своим обращением в суд заявили – так говорить о человеке нельзя!

В ином случае на медицинскую организацию может быть возложена юридическая ответственность, а с самого работника, как с виновного лица, удержана либо взыскана через суд сумма причиненного работодателю ущерба. Кроме того, возможна огласка и осуждение поведения представителя больницы обществом, как произошло в данном случае, т.к. информация об инциденте была подтверждена судебным решением и освещена в интернет-СМИ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Решение Октябрьского районного суда г. Архангельска от 29.11.2024 по делу № 2-1794/2024 // офиц. сайт. URL: https://oktsud--arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num0=1&name_

op=doc&number=252946636&delo_id=1540005&new=0&text_number=1.

2. Апелляционное определение Архангельского областного суда от 27.02.2025 по делу № 33-1518/2025 // офиц. сайт. URL: https://oblsud-arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=21948473&delo_id=5&new=5&text_number=1
3. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15 ноября 2022г. №33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда».
4. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24.02.2005 N 3 «О судебной практике по делам о защите чести и достоинства граждан, а также деловой репутации граждан и юридических лиц».
5. «Диагноз: профессиональный цинизм»//ИА «Эхо СЕВЕРА»: сетевое издание. Дата публикации: 01.03.2025. URL: <https://www.echosevera.ru/2025/03/01/67c1632051f74ebcf405fae1.html>.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА АНОНИМНОСТЬ

Чернусь Н.Ю.

*ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет» (Новосибирск)*

Распространение и внедрение цифровых технологий практически во все сферы жизнедеятельности инициируют комплекс проблем, связанных с анонимностью, которые приобретают все большее значение, учитывая технические возможности по обеспечению анонимности во многих отношениях. Так, в докладе специального докладчика ООН по вопросам поощрения и защиты прав человека (А/НRC/13/37, 2009) [1] анонимность определяется как инструмент, обеспечивающий реализацию ряда фундаментальных прав в онлайн-среде. Особое внимание уделяется ее роли в контексте свободы выражения мнения и права на неприкосновенность частной жизни, однако отмечается и ее потенциальная функция в обеспечении свободы собраний и объединений. Декларация «О свободе общения в сети Интернет» [2] постулирует анонимность в качестве принципа, необходимого для защиты свободы выражения и обмена информацией, определяя ее содержание как соблюдение государствами-членами права пользователей Интернета на сокрытие личной информации.

В докладе Верховного комиссара ООН [3] подчеркивается взаимосвязь между эффективной реализацией права на неприкосновенность частной жизни и семейной тайны, а также других фундаментальных прав и свобод, с обеспечением анонимности. В частности, указывается на то, что возможные нарушения анонимности могут препятствовать лицу в поиске или передаче конфиденциальной медицинской информации.

В отличие от права на анонимность, право на защиту персональных данных получило широкое правовое признание как на международном, так и на национальном уровнях. Право на защиту персональных данных предполагает передачу контроля над данными обладателем персональных данных, в то время как право на анонимность, по сути, направлено на сокрытие этих данных. Хотя сокрытие можно рассматривать как форму управления данными, право на защиту персональных данных обладает более широким содержанием, включая, например, право на внесение изменений, которое не является правомочием права на анонимность. Прецедентное право Суда ЕС и ЕСПЧ фактически сводит право на защиту персональных данных к позитивному обязательству государств. Реализация же права на анонимность в большей степени зависит от воздержания третьих лиц (государства, разработчиков веб-сайтов и приложений, других лиц) от сбора информации о субъекте без его явного согласия. Несмотря на преимущественно негативный характер, право на анонимность также имеет позитивный аспект, проявляющийся в возможности конструирования новой идентичности посредством сокрытия прежней.

Право на анонимность характеризуется полифункциональностью, что отличает его от других прав, включая право на защиту персональных данных. Его реализация может быть направлена на обеспечение широкого спектра прав и свобод, таких как свобода выражения мнения, право на информацию, право на мирные собрания, право на объединения, а также право на жизнь, право на личную неприкосновенность, право на защиту персональных данных, свобода творчества и право на формирование онлайн-идентичности. Иными словами, право на анонимность обладает комплексным характером, и установить его прямую и однозначную связь с каким-либо одним конкретным правом не представляется возможным. В отличие от этого, право на защиту персональных данных находится в непосредственной корреляции с правом на уважение частной жизни.

Специфической чертой права на анонимность является механизм его реализации в рамках правоотношений с органами публичной власти. Субъект права на защиту персональных данных в таких правоотношениях реализует свое право в полном объеме, имея доступ к тем же средствам и формам защиты, что и в правоотношениях с другими субъектами. В то же время, реализация права на анонимность ограничена тем обстоятельством, что установление правоотношений с государством, осуществление прав и свобод и исполнение обязанностей анонимно в большинстве случаев представляется невозможным.

Право на анонимность не имеет четкого правового закрепления ни в международно-правовых актах, ни в национальном законодательстве большинства государств. Таким образом, его защита осуществляется опосредованно, в рамках обеспечения иных, конституционно закрепленных прав, таких как право на уважение частной и семейной жизни, свобода выражения мнения, право на защиту персональных данных и др.

В контексте получения медицинской помощи на анонимной основе, необходимо учитывать нормативно-правовую базу, гарантирующую данное право гражданам Российской Федерации. В частности, следует руководствоваться следующими нормативно-правовыми актами:

- Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан), часть 5 статьи 84.

- Постановление Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее – Правила), пункт 8.

В соответствии с пунктом 23 вышеупомянутых Правил, при предоставлении платных медицинских услуг на анонимной основе, со слов потребителя услуги предоставляются следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

- данные документа, удостоверяющего личность.

При этом, следует отметить наличие ограничений в реализации права на анонимность при оказании медицинской помощи. Данные ограничения включают в себя:

- оказание медицинской помощи несовершеннолетним. Несовершеннолетние лица (младше 15 лет) не могут получать медицинскую помощь анонимно, даже при сопровождении законного представителя.

- оказание медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Государственная система ОМС не предусматривает возможности анонимного лечения.

- положения части 4 статьи 13 Закона об охране здоровья граждан, устанавливающие перечень случаев, при которых предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

Анализ положений законодательства о персональных данных (Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»; далее – Закон о персональных данных) демонстрирует отсутствие в нем дефиниции анонимности, а также специфических регуляторных механизмов, касающихся обработки персональных данных в условиях анонимности. Данный факт указывает на то, что в ситуациях, требующих обработки персональных данных, принцип анонимности исключается. В пункте 9 статьи 3 Закона о персональных данных представлено определение процедуры обезличивания персональных данных, трактуемой как действия, приводящие к невозможности идентификации принадлежности персональных данных конкретному субъекту без использования дополнительной информации. Сопоставление приведенных положений законодательства позволяет прийти к выводу о том, что понятие «анонимизированные данные» не соответствует понятию «обезличенные данные» и не находит однозначного аналога в отечественном правовом поле. Анонимизация обеспечивает полную необратимость связи данных с идентифицируемым физическим лицом, в том числе при использовании дополнительных баз данных. Следовательно, анонимизированные данные утрачивают статус персональных данных и выходят за рамки регуляторной сферы законодательства о защите персональных данных.

Поскольку процесс оказания медицинской помощи на возмездной основе или в случае, когда допускается анонимность (например,

при донорстве половых клетках при применении вспомогательных репродуктивных технологий) требует обработки персональных данных, то и анонимность пациента, упоминаемая в законодательстве, не является абсолютной. Персональные данные пациента могут быть обезличены, анонимность при предоставлении медицинской помощи условна.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Доклад Специального докладчика по вопросу о поощрении и защите прав человека и основных свобод в условиях борьбы с терроризмом г-на Мартина Шейнина [Электронный ресурс]. Режим доступа: g0917806.pdf – Яндекс Документы (дата обращения – 04.04.2025).
2. Декларация о свободе обмена информацией в интернете (принята Комитетом Министров Совета Европы от 28 мая 2003 г. на 840-м заседании заместителей Министров) // СПС КонсультантПлюс.
3. Доклад Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека «Право на неприкосновенность личной жизни в цифровой век» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31625095&pos=12;-111#pos=12;-111 (дата обращения – 04.04.2025).
4. Работа выполнена по гранту РНФ 25-18-00338. Антропологический биоконституционализм и достижение биоэтического благополучия в системе обеспечения гуманитарной биобезопасности: человеческое достоинство и новые права человека в правовой онтологии и биосоциальной репродукции.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АНАЛИЗ НОРМ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бравве Ю.И., Латуха О.А., Щерба М.М., Кирякова И.Д., Толстова К.С.
*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Новосибирск)*

В сфере здравоохранения вопросы трудового нормирования регулируются обширным комплексом нормативных документов. Значительная часть распоряжений и приказов, устанавливающих штатные расписания медицинских учреждений, была утверждена в период с 1970-х по 1980-е годы и с тех пор подвергалась лишь незначительно корректировалась. За последнее десятилетие российское законодательство, регулирующее деятельность врачей-оториноларингологов, претерпело значительные изменения. В настоящее время ведется активная работа по пересмотру временных нормативов для специалистов, оказывающих амбулаторную помощь, с учетом современных требований и нужд здравоохранения [1-2]. Внедрение новых норм рабочего времени затронуло не только медицинских работников, но и пациентов, обращающихся за амбулаторной помощью [3-4].

Цель исследования: анализ затрат рабочего времени врача-оториноларинголога, оказывающего медицинскую помощь детскому населению в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования: В работе применялись нормативно-правовой анализ, хронометражное исследование, общелогические методы и приемы.

Результаты и обсуждение: Анализ законодательства Российской Федерации выявил, что с 2015 года вступивший в силу Приказ Министерства здравоохранения РФ № 290н, утверждающий типо-

вые отраслевые нормы времени, затрачиваемого на прием одного пациента врачом-педиатром участковым, терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), неврологом, оториноларингологом, офтальмологом и акушером-гинекологом. Согласно данным нормам, время, отведенное на одно посещение пациентом врача-оториноларинголога по болезни, составляет 16 минут. На повторные посещения отводится 70-80% от времени первичного приема, а на профилактические осмотры – 60-70% от времени, установленного для первичного посещения пациентов.

В рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.03.2018 № 92 н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», подпункта 3 пункта 4 раздела II протокола установочного совещания по федеральному инциденту № 38 «Запись на прием к врачу» под председательством Министра здравоохранения РФ Мурашко М.А. от 16.09.2022 73/1/459, приказу № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология», на основании методических рекомендаций ЦНИИОИЗ № 12-22 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» был утвержден порядок приема и записи к врачу-оториноларингологу. В 2023 году на территории Новосибирской области был принят приказ № 1752-НПА на основе рекомендации ЦНИИОИЗ, который регламентирует региональные нормы приема времени и его продолжительность, определив типовое расписание врача-оториноларинголога и региональные типы интервалов графиков приемов врачей-специалистов в медицинской информационной системе Новосибирской области.

В результате исполнения приказов (таблица №1) выявлена интенсивная нагрузка на специалистов, обусловленная увеличением рабочего времени и количества конкурентных слотов, а также резкое сокращение неконкурентных слотов. Повышение интенсивности работы врача-специалиста привело к утрате ЛОР-службой своей специализации, трансформировав её в массовый характер обслуживания. Это, в свою очередь, снизит качество оказываемой помощи. Необходимо оптимизация распределения нагрузки на специалистов, пересмотр количества конкурентных и неконкурентных слотов, а также акцент на восстановление профильной направленности службы.

Таблица 1

Типовое расписание норм времени и приема врача-оториноларинголога

Специальность	Было				Стало			
	Продолжительность рабочего времени в неделю (час.)	Продолжительность ость рабочего времени на прием в день (час.)	Количество слотов в день (%)		Продолжительность рабочего времени в неделю (час.)	Продолжительность времени на прием в день (час.)	Количество слотов в день (%)	
			Конкурентные	Неконкурентные			Конкурентные	Неконкурентные
ЛОР-врач	33	6 час 6 мин	60	40	39	7 час 12 мин	80	20

Таблица 2

Доля затрат рабочего времени ЛОР - врача при посещении одним пациентом в амбулаторных условиях (%)

Вид приема	Первичный прием	Повторный прием	Явка с целью лечения	Проф-осмотр
Идентификация, жалобы, сбор анамнеза	12,4	6,2	9,9	39,6
Осмотр	12,4	26,2	18,8	5,5
Работа в МИС	31,5	52	32,9	56,4
Манипуляции	21,1	0	30,6	0
Разъяснение заболевания пациенту и дальнейшая тактика при данном заболевании	22,4	15,6	8,0	0
Продолжительность приема(мин.)	13,7	7,5	7,2	5,5

Анализ структуры затрат рабочего времени врачей-педиатров участковых с учетом первичного и повторного посещения одним пациентом, а также средневзвешенные затраты на отдельные виды деятельности и в целом на весь трудовой процесс при посещении одним пациентом. В таблице № 2 представлены элементы трудового процесса ЛОР-врача, которое свидетельствует, что в структуре ос-

новой деятельности наибольшие затраты рабочего времени приходились на работу в МИС (52-56,4%) и разъяснение заболевания пациенту и дальнейшая тактика при данном заболевании (15,6-22,4%). Минимальные затраты приходились на осмотр ЛОР-органов и низкая манипуляционная активность в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях.

По результатам проведения собственного хронометражного исследования работы ЛОР-врача в амбулаторно-поликлинических условиях, мы выявили снижение времени первичного приема на 14%, повторного приема 38 %, но выявили время на манипуляции.

Выводы:

- Проанализировав нормативно-правовое регулирование норм времени рабочего времени врача-оториноларинголога мы пришли к выводу, что необходимо пересмотреть расчет норм рабочего времени ЛОР-врача, что даст в дальнейшем возможность совершенствования оториноларингологической помощи детскому населению.

- Повышение интенсивности работы врача-специалиста привело к утрате ЛОР-службой своей специализации, трансформировав её в массовый характер обслуживания, что оказывает влияние на качество оказания специализированной помощи.

- Работа в МИС занимает больше половины рабочего времени высококвалифицированного специалиста в амбулаторных условиях.

– Необходима подготовка и мероприятия по совершенствованию работы оториноларингологической службы в амбулаторно-поликлинических организациях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Люцко, В.В. Затраты рабочего времени врачей-педиатров участковых при посещении одним пациентом/В.В. Люцко, И.М. Сон, М.А. Иванова, В.И. Перхов, Э. В. Зимина, К.Д. Данишевский// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 210–222
2. Филимонов, С. В. Анализ затрат рабочего времени врача-оториноларинголога при оказании медицинской специализированной помощи детскому населению города в условиях поликлиники / С. В. Филимонов, С. А. Волкова // Российская оториноларингология. – 2012. – № 4(59). – С. 115-120.
3. Стародубов, В.И. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях / В. И. Старо-

дубов, И. М. Сон, М. А. Иванова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 6-12.

4. Латуха, О.А. Совершенствование кадровой политики регионального здравоохранения / И. О. Маринкин, Е. Г. Кондюрина, Е. А. Аксенова [и др.] // Регионология. – 2020. – Т. 28, № 3(112). – С. 598-623

КОДЕКС ЭТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Евсейкина Е.Ю., Калининченко А.В.

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

Здравоохранение считается одной из важных областей с точки зрения эффективного внедрения искусственного интеллекта (далее - ИИ).

ИИ кардинально меняет подходы в медицине, предлагая инновационные решения для диагностики и лечения в России. Он способствует повышению точности диагностики через анализ больших данных и применение алгоритмов машинного обучения, что поможет увеличить производительность труда и облегчить работу врачей.

Когда речь идет о здоровье человека, важен принцип «не навреди пациенту», реализация которого предполагает жесткое нормативно-правовое поле и тщательную доказательную базу при внедрении новых технологий.

В марте 2025 г. в РФ был принят Кодекс этики применения искусственного интеллекта в сфере охраны здоровья, первый правовой документ регламентирующий работу ИИ в медицине.

Кодекс был разработан с учетом международных инициатив и рекомендаций по этике в области искусственного интеллекта.

Кодекс ИИ гармонизирован с основными зарубежными инициативами по этике ИИ: рекомендации UNESCO (2021), принципы OECD (2019), руководство ВОЗ (2021), регламент ЕС об ИИ (AI Act, 2024).

Кодекс ИИ в здравоохранении — это свод норм и принципов, направленных на обеспечение безопасного, этичного и эффективно-го использования технологий ИИ в медицинской практике. Такие

кодексы могут варьироваться в зависимости от страны или организации, но в целом они включают следующие ключевые аспекты:

1. *Безопасность и этика*: Разработка ИИ-систем должна учитывать этические нормы, обеспечивая безопасность права пациентов и их защиту.

2. *Прозрачность данных*: Процессы принятия решений ИИ должны быть понятными и доступными для медицинских работников и пациентов, чтобы они могли доверять технологиям.

3. *Конфиденциальность данных*: Необходимо соблюдать строгие меры по защите персональных данных пациентов, включая анонимизацию и шифрование.

4. *Качество и эффективность*: ИИ должен способствовать улучшению качества медицинских услуг и повышению их доступности, а также быть основанными на доказательной медицине.

5. *Обучение и подготовка специалистов*: Медицинские работники должны получать соответствующее обучение для работы с ИИ-технологиями, чтобы эффективно интегрировать их в клиническую практику.

6. *Ответственность медицинских работников*: Необходимо четко определить ответственность за действия ИИ, особенно в случаях ошибок или неблагоприятных исходов.

7. *Инклюзивность*: Должна учитывать разнообразие пациентов и избегать предвзятости, обеспечивая равный доступ к технологиям для всех групп населения.

8. *Сотрудничество и коммуникации*: Важно наладить сотрудничество между разработчиками технологий, медицинскими организациями и регулирующими органами для создания стандартов и рекомендаций по использованию ИИ в здравоохранении.

Разработанный Кодекс этики по применению искусственного интеллекта будет применяться при оказании гражданам медицинской помощи в части профилактики, диагностики, лечения и иных действий в сфере здравоохранения.

Кодекс должен применяться на всех этапах жизненного цикла системы искусственного интеллекта, включая этапы планирования, проектирования, построения модели, апробации, верификации и валидации, экспертизы, развертывания, эксплуатации и мониторинга с учетом обязательного определения критериев вывода из эксплуатации.

Определены права и обязанности пациентов, разработчиков систем и иных лиц.

Кодекс этики применения искусственного интеллекта в сфере охраны здоровья (далее – Кодекс) – это набор принципов и рекомендаций, предлагаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с главными внештатными специалистами Минздрава России и направленными на определение этических норм использования ИИ.

Субъекты, где есть системы искусственного интеллекта (далее – СИИ) должны развивать и поддерживать научное партнерство, обеспечивать соблюдение принципов профессиональной ответственности, прозрачность оценки эффективности и безопасности применения СИИ при практическом применении в части использования данных клинической практики при формировании баз данных, используемых для обучения различных СИИ.

Реализация Кодекса позволит:

- содействовать расширению применения технологий ИИ в здравоохранении;
- сформировать нравственную основу для субъектов ИИ основанную на традициях отечественной медицинской школы;
- повысить прозрачность использования технологий ИИ для пациентов и медицинских работников, в сфере охраны здоровья.

Целью Кодекса является этическое, безопасное и эффективное развитие и использование ИИ на благо общества, развитие здравоохранения, а также предотвращение применения ИИ во вред в настоящем и будущем, с гармонизацией Кодекса с международными соглашениями и международным правом.

Основными задачами Кодекса являются:

- Определение прав и обязанностей субъектов ИИ.
- Определение механизмов регулирования применения Кодекса.

Кодекс должен применяться на всех этапах жизненного цикла СИИ, включая этапы планирования, проектирования, построения модели, апробации, верификации и валидации, экспертизы, развертывания, эксплуатации и мониторинга с учетом обязательного определения критериев вывода из эксплуатации.

Разработка и внедрение Кодекса сможет обеспечить, чтобы технологии ИИ приносили максимальную пользу в здравоохранении, минимизируя потенциальные риски и негативные последствия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации.
2. Указ Президента Российской Федерации от 10.10.2019 N 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» (вместе с «Национальной стратегией развития искусственного интеллекта на период до 2030 года»).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 24.04.2020 N 123-ФЗ «О проведении эксперимента по установлению специального регулирования в целях создания необходимых условий для разработки и внедрения технологий искусственного интеллекта в субъекте Российской Федерации – городе федерального значения Москве и внесении изменений в статьи 6 и 10 Федерального закона «О персональных данных».
5. Федеральный закон от 31.07.2020 N 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации».
6. Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».
7. Приказ Росстандарта от 25.10.2024 N 68-пнст «Об утверждении предварительного национального стандарта Российской Федерации» вместе с национальным стандартом Российской Федерации ПНСТ 961-2024 «Системы искусственного интеллекта в здравоохранении. Этические аспекты», с гармонизацией Кодекса с нормами международного права.
8. «Кодекс этики применения искусственного интеллекта в сфере охраны здоровья. Версия 2.1» (утв. Межведомственной рабочей группой при Минздраве России по вопросам создания, развития и внедрения в клиническую практику медицинских изделий и сервисов с использованием технологий искусственного интеллекта, протокол от 14.02.2025 № 90/18-0/117).

ПРАВОВЫЕ И КЛИНИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Жингель А.С., Удалов К.В., Федоренко В.Н., Чёрный С.В.,
Протасов А.В., Разваляева О.И., Федоренко А.А., Чапанов А.А.

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1» (Новосибирск)

Достоинство личности – многоплановая категория, включающая в себя прежде всего определённое поведение человека; невоз-

можность совершения им поступков, осуждаемых общественной моралью; интеллектуальный уровень и образованность человека; отношение к окружающим, образ жизни, признаваемые в обществе образцовыми.

Рак полового члена (далее РПЧ) – злокачественное заболевание, связанное с развитием злокачественного новообразования в тканях полового члена.

Наиболее частыми причинами развития данного заболевания являются фимоз и баланопостит. Выявлена корреляция риска развития РПЧ с вирусом папилломы человека (ВПЧ) 16-го и 18-го типов, который выявляется у 50% пациентов. Наиболее подверженным к малигнизации относится эритроплазия Кейра [1, 2].

РПЧ – редкое онкологическое заболевание, встречающееся с частотой 0,1-7,9 на 100 000 мужского населения. В Европе его частота составляет 0,1-0,9 на 100 000, в США – 0,7-0,9 на 100 000; однако в некоторых регионах Азии, Африки и Южной Америки данный показатель достигает 19 на 100 000. В этих странах РПЧ составляет 10-20% всех злокачественных опухолей у мужчин [1]. В России в 2017 г. показатель заболеваемости составил 0,67 на 100 000 [3].

На ранних стадиях заболевание характеризуется наличием небольшого экзофитного или плоского очага на коже головки или крайней плоти полового члена, который постепенно прорастает спонгиозное и/или кавернозные тела. Достаточно часто происходит инфицирование распадающейся опухоли, с возможным появлением уретральных свищей, развитием флегмоны мягких тканей промежности и сепсиса. Также возможны кровотечения, обусловленные некрозом опухолевой ткани. При отсутствии надлежащего лечения возможна аутоампутация полового члена. При РПЧ нередко фиксируется паховая лимфаденопатия, связанная с наличием метастазов или инфекционным лимфаденитом. Пораженные лимфоузлы могут сливаться, образуя конгломераты, которые прорастают в окружающие ткани, вызывая формирование наружных свищей с гнойным отделяемым

Наиболее часто применяемым и радикальным методом лечения первичного очага является хирургический метод, который зависит от степени распространенности опухоли и, может быть как органосохраняющим (циркумцизио, резекция или ампутация головки полового члена, ампутация полового члена), так и органосохраняющим

(экстирпация полового члена вплоть до эмаскуляции) [4-6]. В связи с высокой значимостью косметических и функциональных особенностей, существуют альтернативные методы лечения, такие как местная лекарственная терапия, лазерная абляция и лучевая терапия дистанционная или внутритканевая [7-10].

При планировании хирургического лечения в любом из вышеуказанных объемов, пациент заполняет и подписывает информированное добровольное согласие пациента на оперативное вмешательство, заполняемое обязательно самим пациентом. Помимо данных пациента или законного представителя в информированном согласии обязательно указывается объем оперативного вмешательства с возможным его расширением. У любой операции есть риск возникновения возможных осложнений таких как: кровотечение, тромбоз, эмболия сосудов, нестабильность артериального давления, обострение сопутствующих заболеваний, аллергическая реакция, развитие инфекционно-воспалительных осложнений, сосудистые и неврологические расстройства, косметический дефект, отторжение импланта, возможность неблагоприятного жизненного прогноза. Также обязательно указываются возможные осложнения с учетом профиля отделения и операции. Наиболее специфичными осложнениями являются: Катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей (уретрит, цистит) связанные с длительным стоянием уретрального катетера в послеоперационном периоде, обострение хронического простатита, стеноз выходного отверстия уретры, кровотечение из культи во время эрекции с дальнейшим формированием и нагноением гематомы мягких тканей, ухудшение или отсутствие чувствительности полового члена, несостоятельность послеоперационных швов.

Так же пациент обязательно информируется о том, что при оставлении слишком короткой культи мочеиспускательного канала, имеет место необходимость выведения культи уретры в промежность, с целью минимизации рисков мацерации кожи мошонки в связи с периодическим контактом с мочой. Соответственно, пациенту придется мочиться сидя, что может негативно сказаться на его эмоциональном фоне, вследствие этого может развиваться неадекватная оценка собственной гендерной принадлежности. Также пациент может испытывать страдания из-за того, что после удаления полового члена он не сможет жить полноценной половой жизнью и считать

данное лечение унижением своего достоинства. Согласно ст. 21 Конституции РФ достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления [12].

Для более адекватной оценки своего состояния и более осознанного принятия решения на радикальную операцию, биопсия из пораженной части органа берется в разных местах, минимум из 5 точек, далее биопсийный материал направляется на гистологическое исследование, после подтверждения злокачественного процесса, пациент направляется в онкологический диспансер, где проводится пересмотр стекол и блоков ранее забранного биопсийного материала. После подтверждения злокачественности проводится консилиум онкологов с дальнейшим определением тактики лечения. При проведении радикального хирургического вмешательства достоинство личности в той или иной степени страдает, в связи с утерей органа и изменением привычного образа жизни.

Все вышеуказанные операции данным пациентам выполняются по жизненным показаниям, ведь при отсутствии адекватного лечения последует прогрессирование заболевания с дальнейшими его осложнениями. На основании ст. 45.1. 323-ФЗ от 21.11.2011 смена пола в РФ запрещена любыми методами, за исключением медицинских вмешательств связанных с лечением врожденных аномалий, генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей [11]. Анализируя вышесказанное, встает вопрос о правильности юридического оформления информированного добровольного согласия пациента на оперативное вмешательство, по данному заболеванию.

После проведения беседы с пациентом или его законным представителем и их согласием с предложенным видом хирургического вмешательства, бланк согласия подписывается.

За 2024 г. в нашем отделении было госпитализировано 10 пациентов с диагнозом злокачественное новообразование полового члена. Данная группа пациентов была направлена на радикальное хирургическое лечение, так как у них опухоль имела инвазивный рост и первым обязательным этапом являлось радикальное хирургическое лечение. Прооперировано 9 пациентов в возрасте от 38 до 74 лет. (38, 61, 70, 70, 52, 55, 66, 66, 68, 74). Из них 8 пациентам выполнена ампутация полового члена. 1 (61 г) пациенту выполнена эма-

скуляция, двусторонняя пахово-бедренная лимфодиссекция, пункционная цистостомия под УЗИ-контролем.

Один пациент (52 г) от хирургического лечения в объеме ампутация полового члена отказался, в связи с не устраивающими его результатами лечения, а именно выведение культи уретры под мошонку после ампутации полового члена. Аргументируя это тем, что он не женщина чтобы осуществлять мочеиспускание в сидячем положении. После проведения беседы с разъяснением возможных последствий и дальнейшим добровольным подписанием отказа от операции, пациент был выписан под наблюдение и лечение онколога по месту жительства.

Результаты гистологического заключения:

– У пациента с эмаскуляцией 61г – Инвазивный ороговевающий плоскоклеточный рак полового члена G2.

– 38лет – Умереннодифференцированная плоскоклеточная карцинома.

– 70 лет – Плоскоклеточный ороговевающий рак головки полового члена (G2), с врастанием в губчатое тело головки, с очагами лимфоваскулярной инвазии без инвазии уретры, без признаков инвазии уретры.

– 70 лет – плоскоклеточный ороговевающий рак G2

– 74 года – Плоскоклеточная карцинома умеренной степени дифференцировки с инвазией в кавернозные тела без роста в мочеиспускательный канал. G -2

– 66 лет – Плоскоклеточная карцинома полового члена умеренной степени дифференцировки с прорастанием кавернозных тел, уретры, распадом, очагами лимфоваскулярной инвазии.

– 66 лет – Плоскоклеточный рак G2

– 55 лет – Плоскоклеточный ороговевающий рак полового члена G2.

– 68 лет – Плоскоклеточный рак умеренной степени дифференцировки с очагами ороговения, с инвазией в кавернозные тела полового члена и подрастанием к стенке мочеиспускательного канала. G2. По краю резекции – опухолевый рост не определяется.

Выводы:

1) Любой из вышеуказанных радикальных хирургических методов лечения по поводу рака полового члена является покушением на достоинство личности, но так как операция выполняется по жизнен-

ным показаниям, имеется необходимость морфологической верификации опухоли на до и послеоперационном этапе.

2) Любой из вышеуказанных радикальных хирургических методов лечения по поводу рака полового члена не является операцией по смене пола, так как данное хирургическое вмешательство направлено на удаление первичного опухолевого очага, без формирования первичных и вторичных половых признаков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Brosman S. Penile Cancer Workup. // <https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup#c4>.
2. Hakenberg O.W., Comperat E., Minhas S. et al. Guidelines on Penile Cancer. EAU 2017:20-21.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России), 2017.
4. Baumgarten A., Chipollini J., Yan S. et al. Penile Sparing Surgery for Penile Cancer: A Multicenter International Retrospective Cohort. Journal Urology. 2018; 199(5): 1233-1237.
5. Kamel M.H., Bissada N., Warford R. et al. Organ Sparing Surgery for Penile Cancer: A Systematic Review. Journal Urology. 2017; 198(4): 770-779.
6. Gonzaga-Silva L.F., Lima G.R.M., Tavares J.M. et al. Locally advanced penile carcinoma: classic emasculation or testis-sparing surgery? International Brazilian Journal of Urology. 2012; 38(6): 750-759.
7. Meijer R.P., Boon T.A., van Venrooij G.E., Wijnburg C.J. Long-term follow-up after laser therapy for penile carcinoma. Urology. 2007;69(4): 759-62.
8. Korzeniowski Martin Arthur, Juanita Mary Crook Contemporary role of radiotherapy in the management of penile cancer Transl Androl Urol. 2017 Oct; 6(5): 855-867.
9. NCCN guidelines version 2. 2019 Penile Cancer.
10. Deen K., Burdon-Jones D. Imiquimod in the treatment of penile intraepithelial neoplasia: An update. Australas J Dermatol. 2017;58(2):86-92.
11. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. От 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОСМЕТОЛОГИИ

Музафярова Т.П.¹, Борцов В.А.^{2,3}, Фомичева М.Л.^{2,4}

¹ООО «Морель» (Новосибирск)

²ГКУЗ НСО «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (Новосибирск)

³ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Новосибирск)

⁴НИИ терапии и профилактической медицины – филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук» (Новосибирск)

Косметология как отрасль медицины активно развивается, предлагая широкий спектр услуг, начиная от эстетических процедур и заканчивая хирургическими вмешательствами. Однако рост популярности косметологических услуг сопровождается увеличением числа юридических споров и конфликтов. Это связано с недостаточным уровнем правовой грамотности, особенно у социально-дезадаптированных пациентов, а также у специалистов. При отсутствии четкого законодательного регулирования в данной сфере необходимо рассмотреть ключевые юридические аспекты в косметологии, проанализировать современные правовые нормы и предложить рекомендации для минимизации рисков. В настоящее время косметология является одной из наиболее стремительно развивающихся областей в сфере услуг. Однако вместе с быстрым развитием, увеличением количества процедур и методов возникают новые юридические вызовы. Важно понимать, что косметология пересекается с законодательством, регламентирующим медицинские услуги, право потребителей и защиту персональных данных.

Понятие «косметология» не имеет четкого и устоявшегося определения, и чаще всего охватывает широкий спектр эстетических проблем. В частности, косметология может рассматриваться как область медицинской деятельности, сосредоточенная на изучении, диагностике и терапии косметических дефектов [1].

Медицинская помощь в рамках косметологии включает в себя комплекс лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение или восстановление структурной целостности и функциональной активности покровных тканей, таких как кожа, её придатки, подкожная жировая клетчатка и поверхностные мышцы.[2] Кроме того, косметология занимается просве-

щением населения о гигиенических рекомендациях, направленных на профилактику заболеваний, предотвращение преждевременного старения и инволюционной дегенерации кожи, её придатков, подкожной жировой клетчатки и мышечного аппарата [3, 4].

Существуют и другие определения косметологии, которые подразумевают выполнение процедур бытового характера, не связанных со специализированной медицинской помощью. В связи с этим выделяются врачи-косметологи, имеющие право проводить лечение и инъекции, и косметологи-эстетисты, не обладающие медицинским образованием, но способные осуществлять уходовые процедуры, такие как массаж лица или наращивание ресниц. Согласно пункту 3.6 ГОСТ Р 51142-2019, такая косметология классифицируется как «Услуги бытовые. Услуги парикмахерских и салонов красоты. Общие технические условия», утвержденного и введенного в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 марта 2019 г. N 105-ст. В данном контексте услуги по уходу за кожей лица и тела (косметическая услуга) включают физическое и химическое воздействие на кожу с целью её очищения, тонизирования, интенсивного ухода, защиты, улучшения внешнего вида, а также украшения и придания индивидуальной выразительности для удовлетворения эстетических потребностей клиентов [5].

В России косметологические услуги предоставляются специализированными медицинскими учреждениями, включая кабинеты и отделения в поликлиниках, больницах и кожно-венерологических диспансерах, а также косметическими кабинетами, расположенными в парикмахерских и салонах красоты. Применение термина «косметология» к столь различным профессиональным направлениям может вызвать множество недоразумений у потребителей. Низкий уровень информированности населения может привести к получению несертифицированных или скрытых медицинских услуг под видом бытовых.

Одним из аспектов, который является частой причиной обращения пациентов с претензиями и жалобами как в клиники, так и в суды по поводу результата – это отсутствие правового регулирования и специфика косметологических услуг. Особенности косметических услуг является не продукт как таковой, а процесс деятельности, достижение какой-либо цели или ожидаемый эффект, желаемый пациентом результат. Такой результат носит нематериальный

характер, что выражается в определенном состоянии здоровья и связан с личностью человека. Его невозможно спрогнозировать со 100% точностью. А сам эффект от услуг может проявляться постепенно [6].

В косметологии оказывается большое количество медицинских услуг согласно диагнозам, соответствующим МКБ X. Но в настоящее время клинические рекомендации, размещенные в рубрикаторе Минздрава России утверждены только для двух нозологий: L68.2 Локализованный гипертрихоз, 2024 и L90.8 Другие атрофические изменения кожи, 2023, что не дает возможности пациентам получать стандартизированную косметологическую помощь. В связи с этим клиники вынуждены самостоятельно разрабатывать диагностические и лечебные мероприятия.

Правовое регулирование медицинских услуг основывается, прежде всего, на лицензировании учреждений и видов деятельности. Современная правовая база для регулирования медицинских услуг сформирована на основании таких документов, как Конституция РФ, Гражданский кодекс РФ, Гражданский процессуальный кодекс РФ, Закон РФ «О защите прав потребителя», Закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», Закон «О рекламе», Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан и Правила предоставления платных медицинских услуг в медицинских учреждениях.

Кроме перечисленных нормативных актов, следует выделить документы, касающиеся регулирования косметологической деятельности:

- Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 12.12.1982 г. № 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению»;

- Приказ Минздрава России от 26.07.2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» (последняя редакция от 01.02.2005 г. № 499), содержащий лицензионные требования и условия для осуществления данной деятельности (организационно-технические, кадровые, материально-технические, включая оборудование и документацию);

- Перечень видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию, утвержденный приказом Минздрава России от 26.07.2002 г. № 238, в котором в разделе «Прочие работы и услу-

ги» выделены косметологические услуги (терапевтические и хирургические) под кодом 6.037;

- Приказ № 113 от 10 апреля 2001 г. «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги», который позволяет четко разграничить медицинские косметологические услуги от косметических, предоставляемых в сфере бытового обслуживания.

Значительную роль также играют документы, регулирующие организационные аспекты:

- Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»: СанПиН 2.1.13703, устанавливающий гигиенические требования к размещению, строительству, оборудованию и эксплуатации лечебных учреждений;

- Приказ № 839 от 30 июля 2001 года «Организация и осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за лечебно-профилактическими учреждениями и косметологическими кабинетами».

Медицинская помощь в области косметологии оказывается врачом-косметологом и средним медицинским персоналом в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

Врач-косметолог должен иметь:

- высшее образование по специальностям «лечебное дело» или «педиатрия»;

- интернатуру или ординатуру по специальности «дерматовенерология»;

- профессиональную переподготовку по специальности «косметология» [7].

Средний медицинский персонал имеет право заниматься своей деятельностью при наличии образования в области «Сестринского дела в косметологии», полученного после профессионального обучения по специальностям «Лечебное дело», «Акушерское дело» или «Сестринское дело». Врачи и средний медицинский персонал выполняют схожие манипуляции, однако средний медицинский персонал может предоставлять медицинские услуги и проводить процедуры только по назначению врача-косметолога [8].

Врачи-косметологи, средний медицинский персонал при оказании медицинской помощи должны вести медицинскую документацию: первичную, учетную, отчетную. Составлять план лечения, назначать и проводить медицинские манипуляции и т.д. Последовательность строго

регламентируется в рамках медицинской помощи. Важным аспектом при оказании медицинской косметологической помощи является обследование пациента. Для назначения услуг необходимо выявить противопоказания. Что может гарантировать наилучший результат и качество оказываемых услуг. Даст возможность оценить риски [9].

Важный момент в оказании косметологических услуг – где и кем они осуществляются. Медицинский персонал может осуществлять свою деятельность незаконно, за что возможна ответственность. В частности, это может происходить по следующим основаниям:

– Статья 14.1 Кодекса об административных правонарушениях (КоАП) Российской Федерации – за ведение предпринимательской деятельности без государственной регистрации или специального разрешения (лицензии);

– Статья 171 Уголовного кодекса Российской Федерации – за незаконное предпринимательство;

– Статья 235 Уголовного кодекса Российской Федерации – за незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

За нарушения, указанные в вышеуказанных статьях, предусмотрены административные штрафы. В случаях, когда незаконная деятельность привела к значительному ущербу государству, организациям или гражданам, либо если деяние было совершено организованной группой или с извлечением крупной или особо крупной прибыли, виновным может быть предъявлена уголовная ответственность по статье 171 УК РФ.

Для разграничения уголовной и административной ответственности необходимо установить размер дохода, полученного от незаконной деятельности. Для этого проводятся экспертизы, оценивающие имущество, условия сделок, а также запрашиваются выписки с банковских счетов подозреваемого. Пункт 12 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 18.11.2004 № 23 «О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве» уточняет, что под доходом понимается выручка за весь период ведения незаконной деятельности без учета расходов.

Незаконное осуществление медицинской деятельности регламентируется статьей 235 УК РФ:

1. Осуществление медицинской или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим обязательной лицензии, повлекшее по

неосторожности причинение вреда здоровью человека любой степени тяжести, может наказываться штрафом, ограничением свободы или лишением свободы.

2. То же деяние, приведшее к неосторожной смерти человека, влечет за собой наказание в виде принудительных работ или лишения свободы.

Градация вреда здоровью определяется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Кроме того, для медицинского персонала могут применяться следующие статьи:

– Статья 109 ч. 2 – Причинение смерти по неосторожности;

– Статья 118 ч. 2 – Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности;

– Статья 293 – Халатность;

– Статья 124 – Неоказание помощи больному;

– Статья 238 – Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и услуг, не соответствующих требованиям безопасности.

Если поступает жалоба от пациента, ответственность в случае оказания медицинской услуги в клиниках ложится на организацию, в которой работают врач и/или средний медицинский персонал. В случае уголовной ответственности ответственность несет медицинский персонал. [10]

Заключение. Юридическое сопровождение косметологической клиники – это важный аспект, который влияет на эффективность работы медицинской организации. Медицинскому персоналу необходимо повышать уровень своей профессиональной деятельности и юридической грамотности. Внимание к изменениям законодательной базы должны стать неотъемлемой частью деятельности косметологических клиник от соблюдения законодательства до защиты прав пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ахабадзе А.Ф. Косметология. М., 1979; 11: 414-416.
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 г. № 381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология».

3. Кубанова А.А., Панова О.С., Мартынов А.А. Организационно-правовые аспекты врачебной косметологии и эстетической медицины. Вестник дерматологии и венерологии. 2008; 2: 15-22.
4. Борисевич И.В., Монахов К.Н. Некоторые проблемы организации косметологической помощи. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2005; 5: 2-4.
5. Абдулова И.В. Технология косметических услуг. М.: Академия, 2018. 272 с.
6. Салчак А.А. Возмездное оказание услуг // Фундаментальные исследования. 2006. № 8. С. 22-25.
7. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
8. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.02.2016 № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним образованием».
9. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.01.2021 № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-косметолог».
10. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 08.08.2024) «О защите прав потребителей».

СОЦСЕТИ И МЕССЕНДЖЕРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Потапова И.Н.

Корпорации медицинских юристов «Школы медицинского права» (Москва)

В современной медицинской практике общение между врачом и пациентом через мессенджеры/соц.сети стало распространенным явлением. Важно помнить о существующих правилах и ограничениях такого формата коммуникации, поскольку их нарушение может повлечь юридические последствия.

Допустимые темы для обсуждения с пациентом:

Организационные вопросы (запись на прием, время работы врача/мед организации), общие информационные вопросы, координация очного приема, подтверждение записи на прием, информирование об изменениях в расписании.

Что нельзя обсуждать в переписке с пациентом:

Отвечать на вопросы о лечении, комментировать анализы/результаты исследований, назначать/корректировать лечение, давать рекомендации/консультировать.

Риски дистанционного взаимодействия врача и пациента:

– каналы связи в мессенджерах/соц. сетях не защищены, передавать персональные данные и сведения о состоянии здоровья не безопасно. Штрафы за ненадлежащее хранение и обработку персональных данных до 200 тыс. руб. [1].

– разглашение врачебной тайны. В соц. сетях нет возможности идентифицировать пациента и кому врач передает информацию, неизвестно. Штрафы - до 350 тыс. руб. [2].

Последствия нарушений: привлечение к административной ответственности; риски получения претензий; репутационные риски медицинского учреждения.

С 30 мая 2025 годакратно усиливается административная ответственность за действия/бездействие операторов персональных данных (ПД), повлекших утечку персональных данных.

Врач – может быть оператором ПД [3].

Операторам ПД грозят крупные штрафы. Размер будет зависеть от объема утечки перс. данных. Вводится ответственность для должностных и физических лиц.

Данные о состоянии здоровья пациента, фотографии/видео ДО/ПОСЛЕ процедуры – это все специальные категории персональных данных. На них также распространяются новые меры ответственности.

Неправомерное распространение (передача, доступ) персональных данных спец. категорий обернется штрафами [4]:

- на граждан в размере от 300 000 до 400 000 руб.;
- на должностных лиц (руководители) – от 1 000 000 до 1 300 000 руб.;
- на юридических лиц – от 10 000 000 до 15 000 000 руб.

Установлена уголовная ответственность за незаконные действия с персональными данными: предусмотрено наказание – лишение свободы на срок до 10-ти лет, в зависимости от тяжести совершенного преступления и причиненного ущерба [5].

Как снизить риски? В медицинской организации установить правила общения в соц. сетях и мессенджерах: издать локальный акт, утвердить приказом и ознакомить всех сотрудников под роспись.

Переписку с пациентом можно вести по правилам телемедицины. При применении телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации (ЕСИА).

Главное правило телемедицины – первичные дистанционные консультации (он-лайн) с постановкой диагноза запрещены!

Цели применения телемедицины [6]: профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента; принятие решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации) пациента.

Что может врач в рамках телемедицины [6]:

- корректировать ранее назначенное лечение – при условии установленного врачом диагноза и назначения терапии на очном приеме (визуальном осмотре, диагностике всеми необходимыми способами);

- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента – назначается такого рода наблюдение лечащим врачом только после очного приема (осмотра, консультации).

Законные ограничения и особенности при создании медицинского контента. Фото и видео пациентов/работников медицинского учреждения.

Главное правило – наличие письменного согласия пациента (законного представителя пациента)/работника.

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, оформляют отдельно от иных согласий на обработку его персональных данных [7].

В согласии обязательно указывать:

- перечень персональных данных, которые пациент (законный представитель)/работник разрешает распространять (например, сведения о диагнозе и оказанных медицинских услугах, фото- видеоизображение пациента/работника);
- ресурсы, на которых планируется распространение (публикация) фото-видео изображений субъекта ПД;
- иные данные, предусмотренные Законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. и Приказом Роскомнадзора от 24.02.2021 № 18.

Если пациент/работник позирует за плату – оформить письменное соглашение, указав порядок, условия, стоимость услуги позиро-

вания, а также принадлежность исключительных прав медучреждению на фото/видео материалы с изображением пациента.

Правила скачивания «чужих» фотоизображений (ОИС) из сети «Интернет» или с фотостоков (Shutterstock, Freepik и др.).

В зависимости от цели использования фотографии (ОИС):

В коммерческих (рекламных) целях:

Оформляем письменное соглашение с правообладателем ОИС или согласие автора,

Смотрим условия лицензии (лицензионного соглашения) на фотостоках (фотобанках).

В личных целях (не коммерческих):

Соблюдаем правила цитирования: использование ОИС в информационных, научных, учебных или культурных целях, с указанием автора/ов и источника заимствования, объем должен быть оправдан целью цитирования [8].

Виды ответственности за нарушение правил использования «чужих» фотографий:

- гражданско-правовая – денежная компенсация в размере от 10 тыс. руб. до 5 млн. руб. [9].;

- административная – штраф до 200 тыс. руб. + конфискация товара или оборудования [10].;

- уголовная – лишение свободы до 6-ти лет + штраф до 500 тыс. руб. [11].

- + репутационные риски для организации

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Статья 13.14 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.
2. Статья 137 Уголовного кодекса РФ.
3. Пункт 2 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
4. Пункт 16 статьи 1 Федерального закона от 30.11.2024 № 420-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях».
5. Статья 272.1 Уголовного кодекса РФ.
6. Статья 36.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Пункт 1 статьи 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

8. Статья 1274 Гражданского кодекса РФ.
9. Статья 1301 Гражданского кодекса РФ.
10. Статьи 7.12, 13.14 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.
11. Статьи 137, 146 Уголовного кодекса РФ.

КОНЦЕПЦИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ И РЕГУЛИРОВАНИЕ РЕДАКТИРОВАНИЯ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА

Слесарева А.М.

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

Проблема тождества в явном или скрытом виде присутствует практически во всех дебатах по проблемам этического и правового регулирования медицинских вмешательств, наиболее остро в оценке и регламентации исследований в области генной инженерии. Концептуальная путаница с понятием «тождества» обнаруживается при обсуждении возможности модификации человеческого генома, особенно в контексте редактирования генома человека (ННГЕ), когда изменения будут наследуемыми. Проблемы редактирования генома человека, связанные с идентичностью, привлекают внимание к потенциальному воздействию ННГЕ на тождество личности людей и более широким последствиям для идентичности человеческого вида в целом. В этом отношении обычно речь идет об онтологическом понимании идентичности, сосредоточенном на фундаментальной природе идентичности. Например, беспокойство о том, как ННГЕ может «повлиять на самую суть того, кем является этот человек», может привести к ряду дискуссий, связанных с идентичностью, затрагивающих «количественную идентичность» и/или «качественную идентичность».

Помимо идентичности отдельных лиц, также возникает беспокойство в отношении воздействия ННГЕ на людей в целом. Например, утверждается, что «(редактирование) человеческой зародышевой линии также открывает возможность создания совершенно нового вида. Это может поставить под угрозу наш образ жизни и даже само наше существование как людей. Сейчас ясно, что технологии редактирования генома могут потенциально изменить нашу иден-

тичность как индивидуумов и как вида самым радикальным образом» [1]. Последнее предполагает коллективную идентичность, то есть «человеческую идентичность», и соответствует тому, что было основным предметом регулирования международными организациями по защите прав человека в отношении ННГЕ. Например, Европейская конвенция о правах человека и биомедицине 1997 года («Конвенция Овьедо»), которая запрещает любое генетическое вмешательство, направленное на изменение генома потомков (статья 13), явно провозглашает в качестве своей главной цели защиту «достоинства и идентичности всех людей» (статья 1). Это говорит о большой этической значимости этой проблемы и острой необходимости разработки инструментов правового регулирования исследования редактирования генома человека.

Понятие «идентичности», несомненно, имеет значение в контексте ННГЕ: насколько изменения, внесенные в гены или геномы, будут представлять собой изменение «идентичности» и как изменение идентичности принесет правовые и этические последствия – вопросы, которые нельзя игнорировать в этических и правовых решениях. Понятие «идентичности» невозможно адекватно объяснить, без понимания того, что существуют различные типы «идентичности»: количественная, качественная, видовая, личностная. Каждый индивид, по сути, является точкой перекрещивания всех этих концепций, отражающих многообразие бытия человека. Невозможность игнорирования ни одной из этих граней требует создания многогранной концепции личности. Такая концепция позволяет избежать концептуальных несоответствий и «размывания» понятий, которые в противном случае могут быть этически проблематичными. Например, когда концепция «идентичности» понимается как абсолютизирующая одну грань бытия человека и когда отсутствует осознание того, что существуют различные аспекты, которые в конечном итоге формируют всю идентичность.

Помимо путаницы и отсутствия ясности, концептуально неправильные связи также могут привести к сценарию, называемому «расползание концепции», который чреват проблемами в этической и правовой экспертизе. Как объясняет Хеншке [2, Р. 451], расползание концепции происходит, когда «слово, которое изначально предназначалось для обозначения концепции А, принимает концепцию В», и это приводит к путанице в моральных интерпретациях, особенно в слу-

чае, если одна концепция этически значима, а другая – нет. Это особенно актуально в обсуждении, связанном с «идентичностью». Один из часто поднимаемых аргументов в дебатах об использовании (или неиспользовании) редактирования зародышевой линии (включая ННГЕ) заключается в том, будет ли генетическая модификация влиять на «идентичность» детей [3]. Это может включать различные значения в зависимости от того, какое понятие идентичности имеется в виду. Расползание концепций происходит, когда слово «идентичность» в процессе интерпретации меняет значение, что влечет ошибку в аргументе в этическом споре. Здесь наиболее опасным будет консервирование такой путаницы в правовой регламентации ННГЕ.

Хотя существуют разные типы «идентичности», важно отметить, что эти концепции взаимосвязаны. Например, изменение генетической идентичности из-за вмешательства ННГЕ может изменить качественную и количественную идентичности, что может дополнительно повлиять на нарратив и социальную идентичность. Эти проблемы могут быть преодолены при разработке интегративной концепции идентичности, которая как с онтологической, так и с гносеологической, этической и правовой точек зрения и подчеркивает взаимосвязь между различными типами «идентичности» в контексте ННГЕ. Эта многогранная концепция идентичности создаст концептуальную основу, которая позволит интегрировать интересы этической и правовой экспертизы и регулирования исследований в области редактирования генома человека. Нам представляется, что только в этом случае правовое регулирование ННГЕ сможет обезопасить индивида и вид в целом от этически и юридически нежелательных последствий, при этом не становясь препятствием на пути развития генетических исследований.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Garnham, T. Human beings can now be edited, but we may not like the results. // The Scotsman. Oct. 25, 2016. Доступ: <https://www.scotsman.com/news/opinion/columnists/human-beings-can-now-be-edited-but-we-may-not-like-the-results-146507>.
2. Henschke, A. Did you just say what I think you said? Talking about genes, identity and information. // Identity in the Information Society. P. 435-456.
3. Frankel, M., Brent T.H. Background paper for Nuffield Council on Bioethics: germline therapies. Доступ: https://www.nuffieldbioethics.org/assets/images/Germline_therapies_background_paper.pdf.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Филатова О.В., Жоголь О.Н., Хмельницкая Я.В.

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

Инклюзивное образование как одна из форм реализации права на образование становится все более актуальной задачей для системы высшего образования в Российской Федерации. Обеспечение равного доступа к образованию для лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью, в том числе в сфере медицины, требует не только адаптации образовательных программ и создания специальных условий, но и совершенствования нормативно-правового регулирования.

Инклюзивное образование представляет собой такую организацию процесса обучения, при которой все обучающиеся независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей обучаются совместно с другими в образовательных организациях, учитывающих особые образовательные потребности и оказывающих необходимую поддержку и помощь [1].

Особенно актуальным этот вопрос является для медицинских вузов, где готовят специалистов, чья профессиональная деятельность непосредственно связана с оказанием помощи всем категориям населения, включая людей с инвалидностью [2].

Рассмотрим действующие нормативно-правовые акты, регламентирующие реализацию инклюзивного образования на различных уровнях.

Международная практика. В мире приняты ряд документов, подчеркивающих права лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, включая право на образование. Это декларации и конвенции, заключаемые под эгидой Организации Объединенных Наций (ООН) и ЮНЕСКО (UNESCO, 1999; UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006).

Декларация прав человека закрепляет право каждого человека на социальное обеспечение, защиту чести и достоинства, свободное развитие личности. В области образования она регламентирует права личности в культурной сфере, социальной и экономической поддержке (ООН, 1948).

Конвенция ООН о борьбе с дискриминацией в области образования закрепляет равное право на образование и обязанности государств обеспечивать его без дискриминации (UNESCO, 1960).

Конвенция ООН о правах ребенка признает право каждого ребенка на образование и обязывает государства вводить обязательное бесплатное начальное образование, развивать доступность среднего и профессионального образования, а также обеспечивать доступность материалов для высшего образования (UNICEF, 1989).

Основные идеи инклюзивного образования были впервые сформулированы в Саламанской декларации «О принципах, политике и практике деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями» (Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education, 1994). В ней сделан переход от термина «специальные образовательные потребности» к понятию «инклюзивное образование», что обусловило появление концепции инклюзивной школы.

Конвенция СНГ о правах человека гласит, что никому не может быть отказано в праве на образование. Эти международные документы подтверждают универсальность права каждого на получение образования (Международный договор о правах человека СНГ, 1995).

Российское нормативно-правовое регулирование. Начиная с 90-х годов XX века в России было принято более 300 нормативных актов (НПА), направленных на защиту интересов людей с инвалидностью и ОВЗ. Правовое регулирование основывается на ключевых документах:

- Конституция РФ закрепляет право каждого гражданина на образование, запрещая любые формы ограничения по признакам социальной, расовой, национальной или религиозной принадлежности [3].

- Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет понятие «инвалид» и гарантии поддержки получения образования [4].

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» вводит понятия:

- инклюзивное образование – обеспечение равного доступа с учетом особенностей потребностей;

- обучающийся с ОВЗ – лицо с недостатками развития, подтвержденными медико-психолого-педагогической комиссией;

- адаптированная образовательная программа (АОП) – программа с учетом особенностей психофизического развития.

Статьи закона регулируют категории обучающихся с инвалидностью, условия получения государственной социальной стипендии и организацию обучения лицами с ОВЗ [5].

Дополнительные нормативные акты. В апреле 2014 года Министерство образования выпустило Методические рекомендации по организации образовательного процесса для инвалидов и лиц с ОВЗ в вузах [6]. В ноябре 2015 года был утвержден Порядок обеспечения условий доступности объектов образования для инвалидов – Приказ Минобрнауки РФ № 1309. Постановление Правительства РФ № 363 от марта 2019 года утвердило программу «Доступная среда» [7]. В последующие годы были приняты документы по вопросам приема студентов-инвалидов в вузы и проведения итоговой аттестации.

Региональные нормативные акты. На уровне субъектов РФ также реализуются меры по развитию инклюзии. Например, Закон Новосибирской области № 361-ОЗ от 05.07.2013 регулирует отношения в сфере образования для лиц с ОВЗ [8]. В регионе реализуются проекты по созданию условий для обучения таких студентов через специальные программы и инфраструктурные мероприятия.

Особенности реализации в высших учебных заведениях. Особым документом является «Дорожная карта», разработанная на основе федеральных инициатив по повышению доступности объектов и услуг для инвалидов. В рамках медицинских вузов действует сеть мероприятий по созданию инклюзивной среды: например, Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова разработал Атлас медицинских профессий для лиц с особыми потребностями – информационный ресурс о возможностях обучения при различных нарушениях функций организма.

В ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России после утверждения рекомендаций Минобрнауки создан Центр организации и поддержки инклюзивного образования (с 2015 года). Его задача – организация работы структурных подразделений университета по реализации мероприятий для студентов с инвалидностью: техническое оснащение, методическая поддержка.

Исследование готовности преподавательского состава. Для оценки уровня информированности профессорско-преподаватель-

ского состава (ППС) НГМУ был проведен анонимный опрос среди 73 преподавателей кафедр. Результаты показали:

- высокий уровень осведомленности: 90% знакомы с концепцией инклюзии;

- мнения о возможности обучения студентов с ОВЗ разделились: 20% полностью поддерживают идею; 70% допускают обучение при определенных ограничениях; 10% скептически настроены;

- недостаточная информированность о нормативных документах: около 44% не знакомы со стандартами законодательства;

- большинство респондентов (72%) считают возможным обучение студентов-инвалидов при соблюдении условий;

- только часть преподавателей проходила повышение квалификации по вопросам сопровождения студентов с ОВЗ (39%), большинство – давно или еще не проходили;

- уровень информированности о деятельности Центра поддержки инклюзии низкий: 88% не знали о его работе.

Выводы и рекомендации:

Несмотря на наличие законодательной базы, внедрение инклюзии сталкивается со сложностями из-за недостаточной информированности преподавателей и необходимости адаптации программ под профессиональные стандарты медицины. Для повышения эффективности необходимо:

- организовать регулярные курсы повышения квалификации по вопросам инклюзивного обучения;

- разработать механизмы адаптации образовательных программ под индивидуальные потребности студентов;

- обеспечить создание условий для практической подготовки студентов-инвалидов;

- создать единую информационную систему мониторинга обучения студентов с ОВЗ;

- продолжать развитие инфраструктуры доступной среды (архитектурной, информационной).

Заключение. Правовое регулирование инклюзивного образования в медицинских вузах является важным инструментом обеспечения равных возможностей для студентов с ОВЗ и инвалидностью. Совершенствование нормативно-правовой базы, повышение компетентности преподавателей и создание доступной среды – ключевые условия успешной реализации данной политики. В дальнейшем не-

обходимо развивать лучшие практики и разрабатывать методические рекомендации для повышения эффективности внедрения инклюзии в системе высшего медицинского образования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Мельникова И.В. Инклюзивное образование: теория и практика // Вестник Московского педагогического государственного университета. - № 3(45). - М.: МПГУ, 2018. - С.112–120.
2. Тарасова А. Е., Резник-Орская М.А. Опыт реализации инклюзивного образования в медицинских вузах России // Методология и технология непрерывного профессионального образования. 2021. № 2 (6). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-realizatsii-inklyuzivnogo-obrazovaniya-v-meditsinskih-vuzah-rossii> (дата обращения: 25.03.2025).
3. Конституция Российской Федерации // Российская газета, 1993.
4. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
6. Минобрнауки России / Методические рекомендации по организации образовательного процесса для инвалидов и лиц с ОВЗ // Приказ Минобрнауки РФ № 1309. 2014.
7. Постановление Правительства РФ № 363 от марта 2019 г. «Об утверждении программы «Доступная среда».
8. Закон Новосибирской области №361-ОЗ от 05 июля 2013 г. «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья».

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Калиниченко А.В., Баннова Е.С., Гуринович Е.Г., Летягина В.В., Чебыкин Д.В.
ВЕРНОСТЬ ТРАДИЦИЯМ: КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НГМУ 90 ЛЕТ. 3

Барбашина Э.В.
КОММУНИКАЦИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ В КОНТЕКСТЕ
НАРАТИВНОГО ПОДХОДА. 9

Васильев И.В.
К ВОПРОСУ О ПРЕДМЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА
И ПРАКТИЧЕСКОМ СМЫСЛЕ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ. 14

Головина С.Ю.
ЦИФРОВОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ 18

Медведев С.В.
ЭПОХА «ЦИФРЫ». ПРАВО И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ
ЦЕННОСТИ 23

Мирсаяфов Д.С.
ЗАКОН ДОСТАТОЧНОГО ОСНОВАНИЯ
И ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ 25

Хлебалин А.В.
КОГДА ОШИБКА ВЛЕЧЕТ ВИНУ 30

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов
О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНИМАЕМЫХ ГОСУДАРСТВОМ
МЕР ДЛЯ РЕШЕНИЯ КАДРОВОЙ ПРОБЛЕМЫ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 34

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Барковская О.С., Калиниченко А.В.
ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ЛИСТКАМИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ 42

*Вечерков К.А., Шаравина Е.С., Колесникова Т.Н., Ардатова Е.А.,
Байдакова Н.Н., Шевченко М.В.*
МЕДИАЦИЯ В МЕДИЦИНСКИХ СПОРАХ:
ИСКУССТВО КОМПРОМИССА ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ 48

Винокурова Е.С.
РИСКИ НЕСОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ
И ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ . . . 54

Гаганов Д.Б.
ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ В СООТНОШЕНИИ С ПЛАНОМ
ЛЕЧЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДОСЛЕДСТВЕННОЙ ПРОВЕРКИ
60

Горелкин А.Г.
НЕДОСТАТОК МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ И ЭКСПЕРТИЗА
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 66

Конотопцева Ю.В., Плакуцева Я.Б.
УСТАНОВЛЕНИЕ КАТЕГОРИИ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ С
ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА. .72

Лазарева В.В.
ПРАВО НА СУДЕБНУЮ ЗАЩИТУ ПРИ АНОНИМНОМ
ЛЕЧЕНИИ 77

Морозов С.М.
ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ УМЫШЛЕННОГО
ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ,

ПОВЛЕКШЕГО СМЕРТЬ, И ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПО НЕОСТОРОЖНОСТИ	81
---	----

Панов А.В.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДИСТАНЦИОННЫМ СПОСОБОМ СОГЛАСНО ПОСТАНОВЛЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 11.05.2023 № 736	86
---	----

Стукалин В.Б.

ИНДУЛЬГЕНЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ? ..	90
---	----

Фефилова В.В.

КОМПЕНСАЦИЯ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ЗА ОСКОРБИТЕЛЬНЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ	95
--	----

Чернусь Н.Ю.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА АНОНИМНОСТЬ	100
---	-----

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

АНАЛИЗ НОРМ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	105
---	-----

Евсейкина Е.Ю., Калинин А.В.

КОДЕКС ЭТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	109
--	-----

Жингель А.С., Удалов К.В., Федоренко В.Н., Чёрный С.В.,

Протасов А.В., Разваляева О.И., Федоренко А.А., Чапанов А.А.

ПРАВОВЫЕ И КЛИНИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	112
--	-----

Музафьярова Т.П., Борцов В.А., Фомичева М.Л.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОСМЕТОЛОГИИ	118
--	-----

Потапова И.Н.

СОЦСЕТИ И МЕССЕНДЖЕРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	124
---	-----

Слесарева А.М.

КОНЦЕПЦИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ И РЕГУЛИРОВАНИЕ РЕДАКТИРОВАНИЯ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА	128
--	-----

Филатова О.В., Жоголь О.Н., Хмельницкая Я.В.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	131
---	-----

Научное издание

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

Сборник материалов
V Всероссийских медико-правовых чтений,
посвященных 90-летию образования НГМУ и кафедры
общественного здоровья и здравоохранения
(24–25 апреля 2024 г., Новосибирск)

В авторской редакции

Компьютерная верстка *Т.В. Соболева*

Подписано в печать ??.08.2025. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл.-печ. л. ?? Тираж 50 экз. Изд. № ??с.

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

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