



С. Р. ЧЕДЖЕЛОВ, Л.Н. ГАБАРАЕВА, И.Б. ТУАЕВА

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С ПСИХОЛОГИЕЙ И ПЕДАГОГИКОЙ

С. Р. ЧЕДЖЕЛОВ, Л.Н. ГАБАРАЕВА, И.Б. ТУАЕВА

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЕ

«Рекомендовано УМО РАЕ (Международной ассоциацией учёных, преподавателей и специалистов) по классическому университетскому и техническому образованию в качестве учебного пособия (учебника) для студентов высших (средних) учебных заведений, обучающихся по специальностям «Лечебное дело 31.05.01»; «Педиатрия 31.05.02»; «Стоматология 32.05.03» и специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Владикавказ
2021

УДК 614.253(075.8)
ББК Х401.124я73

Рецензент – Кокоева Л.Т., доктор юридических наук, профессор, засл. деятель науки РСО-Алания, зав. кафедрой предпринимательского и трудового права СК ГМИ (ГТУ)

Чеджемов С.Р., Габараева Л.Н., Туаева И.Б. Правовые основы медицинской деятельности: Учебно-методическое пособие. – Владикавказ: СОГМА Минздрава РФ; ИП Цопанова А.Ю., 2021. – 88 с.
ISBN 978-5-00081-369-0

В учебно-методическом пособии «Правовые основы медицинской деятельности» анализируются актуальные проблемы правовой регламентации медицинской деятельности на примере авторской работы. Некоторые аспекты темы относятся не только к правоведению в системе здравоохранения, но и затрагивают иные отрасли знаний, поскольку её продуктивное решение немислимо без сочетания инструментария ряда научных направлений в правоведении и организации здравоохранения.

Авторы адресуют свою работу широкому кругу читателей: студентам, аспирантам, практикующим врачам, всем тем, кто интересуется вопросами правоведения в медицине.

S.R. Chedzhemov, L.N. Gabarayeva, I.B. Tuayeva. The legal basis of medical activity. Teaching manual.

The medical law manual analyzes the current problems of legal regulation of medical activity on the example of author's work. Some aspects of the topic relate not only to law in the health care system, but also to other branches of knowledge because its productive solution is unthinkable without a combination of tools in a number of scientific areas. The authors address their work to a wide range of readers: students, graduate students, practitioners, all those who are interested in the issues of law in medicine.

srchedgemov@mail.ru; liana787808@mail.ru: tuaevai@mail.ru

ISBN 978-5-00081-369-0

УДК 614.253(075.8)
ББК Х401.124я73

© СОГМА Минздрава России, 2021

© Чеджемов С. Р., Габараева Л.Н., Туаева И.Б., 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ, ИЛИ ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	5
ТЕМА 1. КОНСТИТУЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ	12
ТЕМА 2. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ.....	16
ИСТОЧНИКИ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	20
ТЕМА 3. АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.....	22
ТЕМА 4. ТРУДОВОЕ ПРАВО	33
ДИСЦИПЛИНАРНАЯ И МАТЕРИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	34
ТЕМА 5. УГОЛОВНОЕ ПРАВО И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	37
ТЕМА 6. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ – УСЛУГА, ДОЛГ, ПРИЗВАНИЕ?	50
ТЕМА 7. ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА	61
ТЕМА 8. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА	64
ТЕМА 9. ЗАЩИТА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ПРАВ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	71
ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА	86

ВВЕДЕНИЕ, ИЛИ ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В современных политико-правовых реалиях приобретают особое значение проблемы правового обучения и воспитания, что во многом определено принятием поправок в Конституцию РФ и пандемией новой коронавирусной инфекции, охватившей мир и внёсшей определённые существенные коррективы во все сферы жизнедеятельности. Это обусловило принятие мер, направленных на повышение уровня правового обучения в медицинских вузах.

Авторы излагают своё видение решения этой проблемы на основе разработанного в Северо-Осетинской государственной медицинской академии специального курса «Правовые основы медицинской деятельности», предназначенного слушателям курсов повышения квалификации и студентам ординатуры. Авторы полагают, что этот опыт заслуживает обсуждения среди профессионального сообщества с целью его большей апробации и выявления положительных моментов, могущих оптимизировать формы и средства повышения правовой подготовки медицинских работников.

Правовые основы медицинской деятельности можно назвать медицинским правом, – это система правовых норм, регулирующих общественные отношения, возникающие по поводу охраны здоровья граждан и медицинской деятельности, а равно общественные отношения в процессе функционирования и развития учреждений сферы здравоохранения.

Нам представляется, что медицинское право можно выделить в самостоятельную отрасль российского права исходя из следующих оснований: наличие общественной потребности и государственного интереса в самостоятельном правовом регулировании такой социально и политически значимой для каждого человека, общества и государства сферы, каковой является здравоохранение, имеющее са-

мостоятельный предмет правового регулирования; потребность в особом сочетании методов правового регулирования и наличия специфических понятий и категорий.

Основными принципами медицинского права являются:

1. Соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

3. Доступность медико-социальной помощи;

4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5. Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий и учреждений, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Нормативная правовая база медицинского права

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г. (с поправками, принятыми 1 июля 2020 г. на всенародном голосовании).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

5. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. №197-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

6. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Ныне действующие локальные акты РСО-Алания и медицинских учреждений, регламентирующие вопросы

оказания медицинской помощи и осуществления медицинского образования.

Правовое обучение и воспитание напрямую способствуют повышению правосознания и правовой культуры граждан. Принятие поправок в текст Конституции РФ 1993 года ознаменовало собой определённый пересмотр проводившейся ранее образовательно-воспитательной политики в сфере вузовского образования в сторону усиления правового обучения и воспитания, повышения правосознания и правовой культуры.

Некоторые аспекты вышеозначенной работы отражены в ряде работ ведущих специалистов в области медицинских, правоведческих и психолого-педагогических исследований. В них, наряду с описанием положительного опыта по ее решению, обозначились и определенные вопросы, требующие активизации правовой деятельности в стенах медицинских вузов, что нашло свое отражение как в основополагающих политико-правовых актах, так и в ряде монографических исследований и учебных пособий Е. В. Анашкиной, Е. Ю. Васильевой, М. Ю. Гайкиной, В. Д. Зорькина, К. В. Зорина, Н. В. Кудрявой, В. Н. Кудрявцева, А. А. Мохова, Н. Б. Смирновой, Т. В. Тагаевой и некоторых других.

Вопросы повышения правосознания и правовой культуры студентов обучающихся медицинским специальностям, сегодня являются приоритетными. В Северо-Осетинской государственной медицинской академии (в дальнейшем СОГМА), успешно действующей с 1939 года, обучались и обучаются почти все представители народов Северного Кавказа, и она послужила основой для создания и упрочения кадрового состава медицинских кафедр и факультетов региона. Отраднo, что нами не утрачен этот образовательный потенциал.

Образовательная инфраструктура лишь форма, кадры по-прежнему решают все и в системе высшей школы. За-

дача, поставленная Президентом РФ В.В. Путиным, – бороться с вузами-пустышками, в условиях нашей республики имеет свою особенность. На наш взгляд, эта борьба должна начинаться с борьбы против кафедр и факультетов пустышек, не могущих дать своим питомцам не только квалифицированное образование – знания и умения, но и обеспечить занятость по окончании учёбы.

Низкий уровень правосознания приводит к тому, не всякий человек имеет полное представление о системе российского законодательства, и тем более осознает правомерности своих действий и вероятность наказания за некоторые из них. Однако незнание закона не освобождает от ответственности, и всякий преступивший закон, даже если он и не подозревал об этом, впоследствии может и должен понести за свое правонарушение юридическую ответственность, предусмотренную законом.

На кафедре организации здравоохранения с курсом психологии и педагогики разработана и ряд лет успешно действует дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Правовые основы организации и деятельности учреждений здравоохранения», рассчитанная на 36 академических часов на основе ФГОС ВО по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье», утверждённый приказом Министерства образования и науки РФ от 26.08.2014 г. №1114. В условиях сегодняшнего дня программа дополнилась юридическими новеллами, связанными с внесением поправок в текст Конституции РФ и законодательными инициативами, связанными с борьбой с новой коронавирусной инфекцией в условиях пандемии.

Актуальность этой программы обусловлена необходимостью совершенствования профессиональных компетенций специалистов с высшим медицинским образованием в вопросах организации и осуществления медицинской

деятельности с учётом норм российского законодательства, в том числе Конституции РФ 1993 года с внесёнными поправками в 2020 году, Федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», «Об образовании в Российской Федерации», «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций», приказов Министерств РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», поручения Правительства РФ в борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории РФ, Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 30.03.2020 № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019», проект Федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статьи 31 и 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации», предусматривающие ужесточить ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил и методические рекомендации по диагностике и лечению (2019-nCoV)».

Контингент обучающихся СОГМА по данной программе включает в себя как по основной специальности: врач-специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья, так и по смежным специальностям: врач-терапевт, врач-педиатр, врач-хирург и т.д.

Актуальность вышеназванной дополнительной профессиональной образовательной программы обусловлена необходимостью обучения специалистов здравоохранения теории и практике управления системой качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи, а также потребностью в обновлении уже имеющихся у обучающихся теоретических знаний и практических навыков в условиях регулярно обновляющейся законодательной базы и развития передового практического опыта в этой сфере.

Сегодня, как, впрочем, наверное и во все времена бывает очень трудно определить ту грань, что разделяет обычный поступок, правонарушение и преступление. Мы часто оперируем в разговорной речи такими понятиями, как «аморальный поступок», «аморальное поведение», но нарушения этих норм не всегда прописаны в Кодексе об административных правонарушениях и Уголовном Кодексе РФ, а значит их соблюдение не подкрепляется силой государственного регулирования и последующих санкций за их нарушение.

Главной здесь мы видим задачу не только определённого возмездия государства от лица общества, но и выработку того самого духа неприятия, которым отличаются большинство наших семей, но в обстановке засилья интернет-источников, оказавшихся в гневно-беспомощном состоянии. Ныне, после принятия поправок в текст Конституции нашей страны, формирование правосознания необходимо осуществлять с учётом примата российского законодательства, в том числе и в сфере семейного права, образовательной и воспитательной деятельности. К этому призывают нас дух и буква Конституции РФ, и в этих условиях значительно повышается значимость права и правосознания, как важнейших регуляторов общественных отношений, в том числе и в сфере здравоохранения.

Как показывает анализ нашей работы, который проводится в том числе и в виде анонимного анкетирования как самих обучающихся, так и руководителей учреждений здравоохранения РСО-Алания, цель программы в целом реализуется. Обучающиеся получают необходимую возможность совершенствования знаний основных положений российского законодательства, регулирующих вопросы основы организации и деятельности учреждений здравоохранения, основ современного российского законодательства – конституционного, гражданского, административного, уголовного, трудового, семейного и т.п., умений и навыков управления деятельностью медицинских организации и их структурных подразделений, персонала в организациях медицинской помощи, проведении медицинской экспертизы и обеспечении безопасной медицинской деятельности.

Среди положительных моментов реализации программы отмечается ее значимость в деле приобретения навыков применения норм права – федеральных, региональных и локальных, их анализа во времени, пространстве и по кругу лиц в вопросах обеспечения здоровья населения, координации разработки локальных актов по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, критериев и показателей построения единой цепочки взаимосвязанных процессов медицинской деятельности в чётком соответствии с нормами российского законодательства.

При написании и составлении данного курса используются идеи и информация, любезно предоставляемые нашими коллегами – работниками Национального института медицинского права и кафедры медицинского права Сеченовского университета во главе с академиком Ю. Д. Сергеевым и кафедры медицинского права Московского государственного юридического университета (МГЮА) имени академика О. Е. Кутафина во главе с доктором юридических наук,

профессором А. А. Моховым. В пособии используются общеизвестные данные из открытых источников.

ТЕМА 1. КОНСТИТУЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

В соответствии со ст. 72 Конституции РФ здравоохранение является предметом совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов, поэтому отраслью здравоохранения управляют федеральные и субъектов Федерации государственные органы исполнительной власти, а также и муниципальные органы местного самоуправления в порядке разделения функций по управлению и учреждений системы здравоохранения по подчинённости.

Президент РФ определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан и в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию Российской Федерации ставит задачи тактического плана по совершенствованию законодательства, форм и методов организации и деятельности Правительства и других федеральных органов исполнительной власти в этой области.

Правительство РФ обеспечивает проведение единой государственной политики в области здравоохранения, принимает необходимые меры по реализации прав граждан на охрану здоровья; определяет порядок и условия предоставления населению платных медицинских услуг; организует, направляет, координирует и контролирует деятельность всех центральных федеральных органов исполнительной власти, имеющих отношение к здравоохранению, и определяет их правовой статус; разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные и региональные программы развития здравоохранения.

Министерство здравоохранения в тесном взаимодействии по ряду вопросов с Министерством труда и социальной защиты РФ является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в области охраны здоровья, а также в случаях, установленных законодательством, координирующим деятельность в этой области других федеральных органов исполнительной власти. Кроме того, Министерство уполномочено осуществлять государственный контроль качества, эффективности и безопасности лекарственных средств в Российской Федерации.

Страховая медицинская организация вправе одновременно проводить добровольное и обязательное медицинское страхование, но на основе отдельных лицензий. При этом страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

Фонд социального страхования Российской Федерации управляет средствами государственного социального страхования и является финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ, включающим: региональные отделения, управляющие средствами государственного социального страхования на территории субъектов РФ; центральные отраслевые отделения, управляющие средствами государственного социального страхования в отдельных отраслях хозяйства; филиалы отделений, создаваемые региональными и центральными отраслевыми отделениями Фонда по согласованию с председателем Фонда.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхо-

вания. Он является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Основными задачами Федерального фонда ОМС являются: финансовое обеспечение установленных законодательством прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования; обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи на всей территории России; аккумулярование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Для решения этих задач ФОМС осуществляет следующие управленческие функции: участвует в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования и выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам ОМС для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования; осуществляет организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы ОМС; совместно с территориальными фондами ОМС контролирует своевременность и полноту перечисления страховых взносов (отчислений) в фонды ОМС, проводит ревизии и целевые проверки с целью осуществления контроля за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования и ряд других функций.

Управление Федеральным фондом ОМС осуществляется коллегиальным органом – правлением и постоянно действующим исполнительным органом – директором Федерального фонда, который, как и его первый заместитель, назначается на должность и освобождается от должности Правительством РФ. Контроль за деятельностью Федерального фонда осуществляет ревизионная комиссия.

К ведению органов местного самоуправления в области здравоохранения относятся: контроль за соблюдением законодательства о здравоохранении и защита прав граждан в этой области; формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения и создание условий для развития частной системы здравоохранения, развитие сети учреждений здравоохранения на территории муниципального образования, организация первичной медико-санитарной помощи и обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи; формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения и некоторые другие направления.

Функции управления могут выполняться также центральными муниципальными учреждениями здравоохранения. Например, центральной районной больницей является районная больница, на которую возложены функции органа управления здравоохранением сельского административного района или одновременно функции органа управления здравоохранением сельского района и функции органа управления здравоохранением города. Центральная районная поликлиника организуется в сельском административном районе при отсутствии центральной районной больницы и выполняет функции органа управления здравоохранением района. Центральной городской больницей является больница, на которую возложены функции органа управления здравоохранением

города в городах республиканского, краевого, областного подчинения, не имеющих органов управления здравоохранением в городских районах.

ТЕМА 2. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

Под гражданско-правовой ответственностью понимают обязанность лица, совершившего правонарушение (а в установленных законом случаях – другого лица), нести предусмотренные нормами права неблагоприятные последствия, выражающиеся в лишениях имущественного или личного характера.

Гражданско-правовая ответственность – одна из форм государственного принуждения, состоящая во взыскании судом с правонарушителя в пользу потерпевшего имущественных санкций, перелагающих на правонарушителя невыгодные имущественные последствия его поведения и направленных на восстановление нарушенной имущественной сферы потерпевшего.

Гражданско-правовые санкции носят имущественный характер и выполняют функцию экономического воздействия на правонарушителя. Большинство гражданско-правовых санкций являются компенсационными, т. е. предусматривают возмещение потерпевшей стороне понесенных ею имущественных потерь. Также гражданскому праву известны штрафные и конфискационные санкции. Штрафные санкции взыскиваются в пользу потерпевшего независимо от понесенных убытков (например, штрафы или пени за просрочку исполнения по договору). Конфискационные санкции заключаются в безвозмездном изъятии определенного имущества в доход государства. В отдельных, установленных законом конкретных

случаях обязанность по возмещению вреда (убытков) может быть возложена не на того, кто причинил вред, а на другое (обязанное) лицо.

Содержанием гражданско-правовой ответственности являются: право потерпевшего на восстановление его нарушенной сферы; правомочие государства (в лице компетентных органов) лишить лицо каких-либо благ; обязанность правонарушителя претерпевать установленные лишения, обеспеченная возможностью государственного принуждения.

Гражданско-правовая ответственность является основным видом юридической ответственности медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей (субъектов предоставления медицинской помощи) в современных условиях.

В зависимости от особенностей конкретных гражданско-правовых отношений различаются и виды ответственности за гражданские правонарушения. По основаниям наступления различают следующие виды ответственности: за причинение имущественного вреда; за причинение морального вреда.

Выделяют следующие общие условия гражданско-правовой ответственности:

- 1) наличие у потерпевшего вреда или убытков;
- 2) противоправный характер поведения лица, на которое предполагается возложить ответственность;
- 3) причинная связь между противоправным поведением нарушителя и наступившими последствиями;
- 4) вина правонарушителя.

Вред, как условие гражданско-правовой ответственности. Вред – это всяческое умаление личного или имущественного блага, преимущества, возможности, т.е. деяние, в результате которого ухудшается как материальное, так и духовное состояние человека, его возможности. Под мате-

риальным вредом может быть уменьшение стоимости поврежденной вещи, уменьшение или утрата дохода, необходимость несения новых расходов. Материальный вред может быть возмещен в натуре (предоставление взамен вещи того же рода и качества) либо компенсирован в деньгах. На практике чаще используется денежная компенсация вреда, именуемая возмещением убытков.

Под убытками понимают денежную оценку имущественных либо репутационных потерь. Вред, т.е. убытки складываются из следующих составляющих: расходов, которые потерпевшее лицо либо произвело, либо должно будет произвести для устранения последствий правонарушения; стоимости утраченного или поврежденного имущества; неполученных доходов, которые потерпевшая сторона могла бы получить при отсутствии правонарушения (упущенная выгода).

Под моральным (репутационным) вредом понимают физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав и умалением его личных (нематериальных) благ – посягательствами на его честь, достоинство, неприкосновенность личности, здоровье и т. д., в том числе и упущенная выгода.

При определении ущерба – убытков, вреда – необходимо учитывать причинно-следственную связь, при которой одно явление (причина) всегда предшествует другому и порождает его, а другое (следствие) – всегда является результатом действия первого.

Вина в гражданском праве – это непринятие правонарушителем всех возможных мер по недопущению неблагоприятных последствий своего поведения, необходимых при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась от него по характеру лежащих на нем обязанностей и конкретным условиям делового оборота, т.е. производственной деятельности.

В гражданском праве установлена презумпция вины причинителя вреда, т. е. именно причинитель вреда должен доказать отсутствие своей вины в правонарушении, иными словами, на причинителя вреда возлагается бремя доказывания своей невиновности. Причинитель вреда должен доказать, что им были предприняты все меры по недопущению или предотвращению неблагоприятных последствий. В противном случае, при наличии необходимых признаков состава гражданского правонарушения иск будет удовлетворен, и к причинителю вреда будут применены имущественные санкции. Поэтому важное значение приобретает фиксация совершаемых действий медицинским персоналом в документации, заключение договоров с подробным изложением необходимых условий, разъяснением возможных последствий и т.п.

Отсутствие вины правонарушителя освобождает его от гражданско-правовой ответственности по общему правилу, из которого, однако, имеется ряд исключений. В случаях, установленных законом или предусмотренных договором, ответственность может наступать и независимо от вины правонарушителя. Такие случаи именуют ответственностью без вины, объективной гражданско-правовой ответственностью или обязанностью по возмещению вреда, наступающей независимо от вины.

Наступает данная обязанность в следующих случаях: причинение вреда гражданам-потребителям услугодателями; причинение вреда деятельностью, которая создает повышенную опасность для окружающих; вред причинен гражданину незаконными действиями правоохранительных органов; неисполнение договорных обязательств между профессиональными участниками имущественного оборота; причинение морального вреда.

Предусмотренная законом обязанность возмещения вреда независимо от наличия или отсутствия вины меди-

цинских работников и/или их работодателей в лице администрации лечебно-профилактического учреждения или частной медицинской клиники наиболее часто наступает в следующих случаях: причинение вреда пациентам (гражданам-потребителям); вред, причиненный лицу деятельностью, которая создаёт повышенную опасность для окружающих (источником повышенной опасности).

Источники повышенной опасности в медицинской деятельности

К ним могут быть отнесены средства и оборудование, связанные с действием электрической и тепловой энергии, источники ионизирующего излучения, многие лекарственные средства, штаммы возбудителей карантинных и особо опасных инфекций и т.д. и т.п.

Субъектом ответственности (обязанным лицом) является владелец источника повышенной опасности, под которым понимают организацию или гражданина, осуществляющих их эксплуатацию в силу принадлежащего им права собственности, права хозяйственного ведения, права оперативного управления либо другим основаниям (аренда, доверенность, распоряжение компетентного органа и т.п.).

Ответственность, не зависящая от вины причинителя вреда, не означает абсолютную, безграничную ответственность причинителя вреда или убытков. И в этих случаях есть ряд оснований, по которым услугодатель (причинитель вреда) может быть освобожден от гражданско-правовой ответственности: в случае непреодолимой силы; в случае нарушения потребителем установленных правил пользования товаром, результатом работы, услуги.

Непреодолимая сила – это чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях событие. Для отнесения того или иного события к понятию «непреодолимой силы» необходимо, чтобы такое событие было не только непредотвратимым

тимым в конкретной ситуации, но и чрезвычайным (неожиданным).

Под нарушением правил пользования или хранения понимается несоблюдение или ненадлежащее соблюдение обычных или специальных норм, которые должны быть доведены до потребителя в доступной, понятной форме. При этом особо отмечается, что нарушение потребителем «правил» должно быть виновным, т.е. предполагать умысел.

Следует учесть, что бремя доказывания обстоятельств, освобождающих от ответственности за причинение вреда вследствие недостатков услуги, лежит на исполнителе услуги, которому предъявлено соответствующее требование. В связи с этим, на практике воспользоваться таким основанием для освобождения исполнителя услуги от имущественных санкций крайне затруднительно.

Таким образом, гражданско-правовая ответственность (обязанность по возмещению вреда) основана на принципе полноты возмещения причиненного вреда или убытков. Это означает, что лицо, причинившее вред (а в установленных случаях – иное лицо), по общему правилу, должно возместить его в полном объеме, включая реальный ущерб, неполученные доходы, а в установленных законом случаях – и моральный вред.

При причинении гражданину увечья или ином повреждении здоровья возмещению подлежит: утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь; расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовка к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в таких видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение (ст. 1085 ГК РФ).

Возмещение морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда, т. е. сверх него (ст. 1099-1101 ГК РФ). Объектом взыскания является имущество должника-причинителя вреда. Юридические лица отвечают по своим долгам перед гражданами-потребителями всем принадлежащим им имуществом. Исключение составляют лечебно-профилактические учреждения, которые несут ответственность в пределах находящихся в их распоряжении денежных средств (п. 2 ст. 120 ГК РФ).

ТЕМА 3. АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Правонарушение – это понятие, означающее любое деяние, нарушающее какие-либо нормы права, и представляет собой юридический факт. Любое правонарушение – это неповторимый акт человеческой деятельности, обладающий индивидуальными особенностями. В правонарушении имеются типичные, основные признаки, которые присущи любому правонарушению, включая профессиональные правонарушения, возможные при организации и осуществлении оказания медицинской помощи, что и составляет «состав правонарушения».

Состав правонарушения – это совокупность признаков, необходимых и достаточных для официального признания того, что совершено общественно вредоносное (или общественно опасное), противоправное, виновное деяние (действие или бездействие), запрещенное под угрозой применения установленных законом санкций. Он содержит следующие признаки, составные части: объект; объективная сторона; субъект; субъективная сторона.

Объект правонарушения – это круг общественных отношений, регулируемых и охраняемых правом, в котором

произошло деяние, причинившее этим отношениям вред. Иными словами, это определенное благо или общественный интерес, который подлежит правовой защите.

Объективная сторона – это характеристика деяния, способа его совершения и других имеющих правовое значение детализирующих фактов.

Субъект правонарушения – это лицо, совершившее правонарушение.

При осуществлении штрафной, карательной ответственности качества лица, совершившего правонарушение, учитываются как обстоятельства, влияющие на степень строгости наказания.

Административная ответственность медицинских работников за правонарушения в сфере охраны здоровья определяется в соответствии с ныне действующим Кодексом об Административной ответственности, принятым с учетом изменений, внесенных после принятия в 2016 году Федерального закона «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения».

Административную ответственность рассматривают как реализацию административно-правовых санкций, применение уполномоченным органом или должностным лицом административных санкций к гражданам и юридическим лицам, совершившим правонарушение.

Под административной ответственностью понимают вид юридической ответственности, которая выражается в назначении органом или должностным лицом, наделенным соответствующими полномочиями, административного наказания лицу, совершившему правонарушение.

Рассматривают административную ответственность и как вид юридической ответственности, представляющий собой сумму юридических характеристик, направленных на

обеспечение охранительной функции государства.

Таковыми характеристиками административной ответственности выступают: закрепление административной ответственности как федеральными законами, так и законами субъектов РФ; неразрывная связь административной ответственности и административного правонарушения; то, что субъектами административной ответственности могут быть как физические, так и юридические лица; то, что мерой административной ответственности является неблагоприятное последствие личного или имущественного характера, выраженное в виде административного наказания; сравнительно простой, оперативный порядок назначения административного наказания, которое реализуется как в судебном, так и во внесудебном порядке.

Кодекс РФ об административных правонарушениях содержит прямое указание на привлечение к ответственности должностного лица, в частности в ст. 2.4 установлено, что административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей.

Стоит обратить внимание на то, что под должностным лицом в указанном нормативном правовом акте понимается лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее функции представителя власти, а равно лицо, выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных организациях, а также в Вооруженных Силах РФ, других войсках и воинских формированиях РФ.

Таким образом, можно сделать вывод: под определенную в примечании к ст. 2.4 КоАП РФ дефиницию должностного лица подпадают также и должностные лица меди-

цинских организаций. Самостоятельного указания на привлечение к административной ответственности медицинской организации КоАП РФ не содержит. Однако данных субъектов относят к юридическим лицам, а следовательно, они подпадают под ст. 2.10 КоАП РФ, предусматривающую административную ответственность юридического лица, которое подлежит ей за совершение административных правонарушений в случаях, предусмотренных КоАП РФ или законами субъектов РФ об административных правонарушениях.

Юридическое лицо, а значит, и медицинская организация, признается виновным в совершении административного правонарушения, если будет установлено, что у него имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых КоАП РФ или законами субъекта РФ предусмотрена административная ответственность, но данным лицом не были приняты все зависящие от него меры по их соблюдению.

При этом субъектом административной ответственности может быть одновременно и должностное, и юридическое лицо (ч. 3 ст. 2.1 КоАП РФ), а назначение наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности виновное физическое лицо.

Основанием административной ответственности, в том числе и в сфере здравоохранения, признается административное правонарушение, которое по смыслу ст. 2.1 КоАП РФ можно рассматривать как противоправное, виновное действие или бездействие физического или юридического лица, за которое законодательством предусмотрена административная ответственность, посягающее на общественные отношения, связанные с осуществлением деятельности в области здравоохранения.

Правонарушение в области здравоохранения наделено юридическими признаками, к которым относятся противо-

правность, общественная опасность, виновность, наказуемость.

Противоправность означает, что действие или бездействие нарушает установленные правила в сфере общественных отношений, имеющих административно-правовую направленность, установленных компетентным органом законодательной и исполнительной власти и защищаемых мерами административной ответственности. Противоправность в действиях рассматриваемых субъектов заключается в том, что они не только не подчиняются установленным административно-правовыми нормами правилам в сфере здравоохранения, но и не исполняют конкретных обязанностей, предусмотренных должностными инструкциями [1].

Общественная опасность служит критерием разграничения уголовного преступления и административного правонарушения. Это единственный признак административного правонарушения, не нашедший своего отражения в законодательстве. Вероятно, причиной этому стали многочисленные споры ученых о том, является ли административное правонарушение общественно опасным, или только наносит вред конкретным отношениям, не создавая при этом опасности обществу.

Виновность как признак административного правонарушения в области здравоохранения заключается в том, что только виновное правонарушение в этой сфере влечет за собой административную ответственность. Вину рассматривают как субъективное отношение лица, совершившего противоправное деяние, к факту его совершения [4]; [5].

Статья 2.2 КоАП РФ закрепляет две формы вины: умысел и неосторожность. В соответствии с ч. 2 ст. 2.1 КоАП РФ юридическое лицо признается виновным в совершении административного правонарушения, «если будет установле-

но, что у него имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых Кодексом или законами субъектов РФ об административных правонарушениях установлена административная ответственность, но данным лицом не были приняты все зависящие от него меры по их соблюдению».

Это означает, что вина медицинской организации за совершенное правонарушение будет определяться исходя из вины конкретного должностного лица (или даже должностных лиц) данной организации, принявшего решение или совершившего действие, повлекшее наступление неблагоприятных последствий.

Наказуемость предполагает, что нарушение субъектом установленных правил в области здравоохранения влечёт за собой применение к нему санкций, предусмотренных статьями КоАП РФ. Особенности данного признака для рассматриваемых субъектов связаны с наличием у них обязанностей в особой сфере деятельности, а как следствие, возможности причинения большего вреда, нежели административным правонарушением обычного гражданина.

Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность. КоАП РФ закрепил виды административных правонарушений, посягающие на здоровье. Кроме того, следует учитывать, что медицинская организация, являясь юридическим лицом, может стать субъектом таких правонарушений, как, например, разглашение информации с ограниченным доступом (ст. 13.14 КоАП РФ) или нарушение требований пожарной безопасности (ст. 20.4 КоАП РФ).

Объектами рассматриваемых правонарушений выступают общественные отношения в сфере охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также общественная нравственность.

Объективная сторона характеризуется как действием, так и бездействием, и согласно КоАП РФ, выражается, к примеру, в:

сокрытии лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения этими заболеваниями (ст. 6.1);

занятии народной медициной без получения разрешения, установленного законом (ст. 6.2);

нарушении законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившемся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий (ст. 6.3);

нарушении установленных правил в сфере обращения медицинских изделий (ст. 6.28).

Субъектами правонарушений в области здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия населения и общественной нравственности выступают граждане, должностные лица, юридические лица, а также лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица. К этой категории относятся и медицинские организации, а также их работники.

Субъективная сторона указанных административных правонарушений характеризуется виной в форме как умысла, так и неосторожности. Например, сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения (ст. 6.1 КоАП РФ), может быть совершено только умышленно, а при нарушении санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения (ст. 6.7 КоАП РФ) возможны и умысел, и неосторожность.

В качестве санкций за указанные правонарушения пред-

усмотрены предупреждение, административный штраф, административный арест, административное приостановление деятельности, дисквалификация.

Содержание предупреждения как меры наказания выражается в официальном порицании поведения лица, совершившего административное правонарушение. Данный вид наказания, к примеру, установлен за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3 КоАП РФ).

Административный штраф является основным видом наказания, установленным за совершение рассматриваемых правонарушений. Размер штрафа имеет относительно определенный характер, выражен в рублях и зависит от характера самого правонарушения и субъекта, его совершившего.

Административный арест предусмотрен за совершение таких правонарушений, как незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (ст. 6.8 КоАП РФ), потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КоАП РФ), на срок до 15 суток.

Административное приостановление деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей ставит целью обеспечение безопасности жизни и здоровья людей и применяется в случае угрозы жизни или здоровью людей, возникновения эпидемии, эпизоотии, заражения (засорения) подкарантинных объектов карантинными объектами и в других случаях, предусмотренных ст. 3.12 КоАП РФ.

Административное приостановление деятельности устанавливается на срок до 90 суток, к примеру, в случаях на-

рушения законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3 КоАП РФ).

Дисквалификация состоит в лишении физического лица права замещать должности федеральной государственной гражданской службы, должности государственной гражданской службы субъекта РФ, должности муниципальной службы, занимать должности в исполнительном органе управления юридического лица, входить в совет директоров (наблюдательный совет), осуществлять предпринимательскую деятельность по управлению юридическим лицом, осуществлять управление юридическим лицом в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, либо осуществлять деятельность по предоставлению государственных и муниципальных услуг либо деятельность в сфере подготовки спортсменов (включая их медицинское обеспечение) и организации и проведения спортивных мероприятий, либо осуществлять деятельность в сфере проведения экспертизы промышленной безопасности, либо осуществлять медицинскую деятельность.

Такое наказание установлено, например, за невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности в случае, если ранее лицо уже было подвергнуто наказанию за подобное правонарушение (ч. 4 ст. 6.29 КоАП РФ).

Правонарушения, перечисленные в гл. 6 КоАП РФ, можно классифицировать по различным основаниям. По объекту посягательства они делятся на следующие составы: посягающие на здоровье населения (например, незаконное занятие народной медициной, потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача); посягающие на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения (к примеру, нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения); посягающие на общественную

нравственность (к этой категории можно отнести получение дохода от занятия проституцией, если этот доход связан с занятием другого лица проституцией).

По способам описания обязательных признаков объективной стороны правонарушения данные правонарушения подразделяются на простые и сложные составы. В простых составах указан один объект посягательства, объективная сторона характеризуется одним действием (бездействием); субъективная сторона включает одну форму вины.

В сложных составах содержатся два объекта посягательства и более; два действия (бездействия) и более; каждое из них характеризует объективную сторону. К примеру, правонарушение, закрепленное в ст. 6.8 КоАП РФ, образует сложный состав.

По субъектному составу правонарушения в области здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия населения и общественной нравственности делятся на совершенные физическими лицами (например, сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения) и юридическими лицами (нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения).

По конструкции объективной стороны можно выделить материальные и формальные составы правонарушений, посягающих на здоровье. Материальные составы – составы, в которых в качестве обязательных признаков объективной стороны наряду с действием (бездействием) указаны наступление вредного последствия, причинная связь между действием (бездействием) и наступившим вредным последствием либо угрозой его наступления.

Основные виды правонарушений в здравоохранении и санкций за их совершение.

Многогранная деятельность по охране здоровья граж-

дан, различный субъектный состав, сложность возникающих правоотношений отражаются и на видах правонарушений, которые совершаются субъектами медицинского права. Административным правонарушением по действующему законодательству признается посягающее на государственный или общественный порядок, государственную или общественную собственность, права и свободы граждан, на установленный порядок управления противоправное, виновное действие или бездействие, за которое законодательством предусмотрена административная ответственность.

К административным правонарушениям относятся проступки в области охраны труда и здоровья, окружающей среды, нарушения санитарно-гигиенических правил, правил, действующих на транспорте, нарушения общественного порядка. Среди источников, содержащих нормы, предусматривающие административную ответственность, ключевое место занимает Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. Нормы административного права и административно-правовые санкции содержатся также и в иных федеральных и региональных законах.

Дисциплинарным проступком называется нарушение трудовой, служебной, учебной, воинской дисциплины. Трудовой кодекс Российской Федерации предусматривает такие взыскания, как замечание, выговор, увольнение и другие. Дисциплинарная ответственность отдельных категорий работников (служащих) регулируется специальными законами, уставами, положениями.

Гражданские правонарушения – причинение вреда личности или имуществу гражданина, а также организации, заключение противозаконной сделки, неисполнение договорных обязательств, нарушение права собственности, ограниченных вещных прав, авторских прав и других гражданских прав. Гражданские правонарушения влекут применение

таких санкций, как возмещение вреда, принудительное восстановление нарушенного права и другие. Базовым нормативным актом, регулирующим вопросы гражданско-правовой ответственности, является Гражданский кодекс Российской Федерации.

ТЕМА 4. ТРУДОВОЕ ПРАВО

Трудовое законодательство регулирует трудовые отношения во всех организациях, независимо от их организационно-правовой формы. Отношения, возникающие из гражданско-правовых договоров (поручения, авторского, подряда и др.), предметом которых является предоставление определенного результата труда, не регулируются трудовым законодательством. Эти отношения регулируются гражданским законодательством.

Трудовые отношения основаны на личном выполнении работником своих трудовых обязанностей и подчинении последнего внутреннему трудовому распорядку организации. Работники обязаны работать честно и добросовестно, блюсти дисциплину труда, своевременно и точно исполнять распоряжения администрации, повышать производительность труда, улучшать качество продукции, соблюдать технологическую дисциплину, требования по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии, бережно относиться к имуществу организации. Предъявляемые к работникам требования могут быть детализированы и в правилах внутреннего трудового распорядка конкретных организаций, уставах и положениях о дисциплине, коллективных договорах, а также в индивидуальных трудовых договорах.

Дисциплинарная и материальная ответственность медицинских работников

В случае нарушения требований, предъявляемых к работникам и закрепленных в соответствующих актах, к работникам могут быть применены меры ответственности (замечание, выговор, строгий выговор, увольнение и другие). Особым видом ответственности работников является материальная ответственность. Материальная ответственность работников является самостоятельной ответственностью, не зависящей от наложения дисциплинарной, административной, гражданско-правовой или уголовной ответственности. Трудовое законодательство предусматривает два вида материальной ответственности: ограниченную и полную. Правовой основой материальной ответственности работника является его обязанность бережно относиться к имуществу учреждения, организации.

По нормам трудового законодательства материальную ответственность несут работники, состоящие в трудовых отношениях с учреждением, организацией на основе трудового договора, независимо от формы собственности, на базе которой создано учреждение, организация. Она может быть возложена на этих лиц и в случае прекращения трудовых отношений при условии, если ущерб причинен работником во время действия этих отношений.

Материальная ответственность возлагается на работника только при одновременном наличии следующих условий: прямого (действительного) ущерба; противоправности поведения работника, причинившего ущерб; вины работника в причинении ущерба; причинной связи между действием (бездействием) работника и ущербом.

Под прямым (действительным) ущербом понимается ущерб наличному, реально существующему имуществу путем утраты, присвоения, порчи, понижения ценности и соответствующей необходимости собственника (владельца)

произвести затраты на приобретение или восстановление имущества либо произвести излишние выплаты по вине работника другому субъекту (физическому или юридическому лицу). Это может быть недостача, порча материальных ценностей, расходы на ремонт, штрафные санкции за неисполнение обязательств, суммы уплаченных штрафов, оплата вынужденного прогула и другие выплаты.

Таким образом, материальная ответственность возлагается как за ущерб, причиненный учреждению или иной организации, с которым он состоит в трудовых отношениях, так и за ущерб, причиненный работодателем по вине работника третьим лицам в случае возмещения этого ущерба.

В трудовом праве, в отличие от гражданского права, взысканию подлежит лишь реальный ущерб (он также называется прямым или действительным), который фактически понес работодатель. В гражданском праве, кроме реального ущерба, как отмечалось, взыскиваются и неполученные доходы, которые лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода или неполученные доходы).

Нормами трудового законодательства взыскание неполученных доходов не предусматривается, т.е. прибыль, которую работодатель мог бы получить, но не получил в результате неправомерных действий (бездействия) своих работников, взысканию не подлежит. К такому работнику в этом случае могут быть применены меры дисциплинарного или общественного воздействия с соблюдением правил, устанавливающих порядок их применения.

Противоправным признается такое поведение работника, при котором он не выполняет своих трудовых обязанностей или выполняет их ненадлежащим образом, но обязанностей, прямо или косвенно связанных с бережным отношением к материальным ценностям. Эта обязанность обычно конкретизируется в специальных актах, определяющих порядок сбе-

режения, хранения и использования имущества и других материальных ценностей. К этим актам, кроме законов, Указов Президента, постановлений и распоряжений Правительства, ведомственных юридических актов, относятся и локальные акты – правила внутреннего распорядка, должностные инструкции, приказы и распоряжения администрации.

Бездействие работника признается противоправным, если указанными выше актами на работника возложена обязанность совершения определенных действий, которую он не выполнил. Ущерб может быть причинен и в результате правомерного поведения работника. Один из этих случаев прямо установлен законом. Это нормальный производственно-хозяйственный риск, при котором в случае причинения ущерба к материальной ответственности работник не привлекается. Риск считается оправданным, т. е. нормальным, при наличии следующих условий: цель не может быть достигнута обычными, нерискованными средствами; если он соответствует значению той цели, для которой предпринимается; возможность вредных последствий при риске всегда лишь вероятна; объектом риска являются материальные факторы, а не жизнь и здоровье человека.

На практике к правомерному причинению ущерба относят также и случаи причинения ущерба в состоянии крайней необходимости, а также при управомоченности лица на причинение ущерба. Такую возможность предусматривает ряд специальных законов, направленных на защиту публичных интересов.

Материальная ответственность работника возможна только при наличии его вины и причинной связи между деянием работника и имущественным ущербом. Ответственность наступает лишь в случае, если результат необходимо вытекает из этого деяния (действия или бездействия).

Отметим также, что если по гражданскому законодательству отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим

обязательство, то, в качестве общего правила, в трудовом праве обязанность доказать факт причинения прямого (действительного) ущерба – на администрации организации.

При ограниченной материальной ответственности работник возмещает ущерб в заранее установленных пределах. Таким пределом, как правило, является средний месячный заработок (при условии, что сумма ущерба превышает его).

При полной материальной ответственности ущерб подлежит возмещению в полном объеме без каких-либо ограничений. Материальную ответственность в полном объеме несут работники если она возложена на них законами и постановлениями Правительства вне зависимости от того, были ли заключен с ними договор о полной материальной ответственности. Полная материальная ответственность возлагается на работника, при причинении им ущерба, если с ним был заключен письменный договор, по которому работник принял на себя полную материальную ответственность за необеспечение сохранности вверенных ему ценностей.

Возмещение ущерба производится независимо от привлечения работника к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности за правонарушение, которым причинен ущерб.

Следует отметить, что суд может с учетом степени вины, конкретных обстоятельств и материального положения работника уменьшить размер ущерба, подлежащего возмещению. Снижение размера ущерба, подлежащего возмещению, недопустимо, если ущерб причинен преступлением, совершенным с корыстной целью.

ТЕМА 5. УГОЛОВНОЕ ПРАВО И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Преступления – это особая разновидность правонарушения в широком смысле этого слова, наказание за которое

предусмотрено уголовным законодательством. Оно характеризуется общественной опасностью, виновностью, противоправностью, посягательством на наиболее значимые объекты (блага) правовой охраны. Каталог составов преступлений определен Уголовным кодексом Российской Федерации.

Понятия права, правонарушения и санкции неразрывно связаны друг с другом по той причине, что одна из главных задач права – защита граждан, социальных групп, общества в целом от вредоносных и опасных деяний. Право потому и обеспечивается государственным принуждением, что его существование обусловлено наличием в обществе конфликтов, противоречивых интересов, столкновений, для предупреждения и пресечения которых необходимо применение принудительных мер. Поэтому любая правовая система современности содержит определения правонарушений и санкций за их совершение.

Применение мер государственного принуждения имеет свою историю, основано на сочетании целей и задач отдельных институтов права, а также принципов законодательного определения правонарушений и санкций за их совершение. Основные принципы законодательного определения запретов и санкций за нарушения правовых предписаний формировались постепенно в процессе развития права и государства. К числу таковых можно отнести следующие принципы: законности, правовой обоснованности, соразмерности, гуманизма и другие.

Под юридической ответственностью понимают применение к лицу, совершившему правонарушение, предусмотренных законом мер принуждения. В российском уголовном законодательстве можно классифицировать юридическую ответственность как карательную.

Карательная ответственность применяется за уголовные преступления, административные или дисциплинарные

проступки. Последствием применения данного вида ответственности является состояние «наказанности» (судимость – в уголовном праве, наличие взыскания – в административном и трудовом праве). Составы правонарушений и санкции за их совершение определяет законодатель. Принудительные меры государственного воздействия на правонарушителя носят вспомогательный характер. Их применением не исчерпывается и не решается вопрос об ответственности за правонарушение.

Преступлением признается совершенное общественно опасное деяние, запрещённое Уголовным кодексом Российской Федерации (УК РФ) под угрозой наказания. Состав преступления – это совокупность признаков, необходимых и достаточных для официального признания данного конкретного деяния общественно опасным, виновным, наказуемым и противоправным, т. е. обладающим всеми признаками преступления.

В структурном отношении в составе преступления собраны юридически значимые свойства криминальных поступков, образующих систему, состоящую из четырёх блоков: объект преступления; субъект преступления; объективная сторона преступления; субъективная сторона преступления.

Объект преступления – это то благо, тот общественный интерес, который законодатель считает важным и уязвимым, в связи с чем ставит под защиту уголовного закона. Объекты уголовно-правовой охраны, а значит, и преступлений, отбираются законодателем. В соответствии с иерархией социальных ценностей, принятых в демократическом обществе, установлены и приоритеты охраняемых Уголовным законом ценностей по следующей схеме: личность – общество – государство.

Субъект преступления – физическое, вменяемое, достигшее установленного законом возраста лицо, являющееся общественно опасным, виновным и наказуемым вследствие

совершения им преступно наказуемого деяния, предусмотренного законом.

Уголовная ответственность. В статье 19 УК РФ названы три признака, характеризующие лицо, подлежащее уголовной ответственности. Оно должно быть: физическим; вменяемым; достигшим установленного Кодексом возраста. Данные признаки являются обязательными, без них немыслима уголовная ответственность ввиду отсутствия надлежащего лица.

Вменяемость – это способность лица осознавать (понимать) фактическую сторону своего поведения и социальную значимость (общественную опасность) и руководить такого рода поведением проявлять свою волю.

Законодатель устанавливает две возрастные границы уголовной ответственности: общую – с 16-и лет; пониженную – с 14-и лет (по отдельным составам преступлений). За некоторые виды преступлений ответственность в действительности наступает по достижении более зрелого рубежа, так называемого фактического возраста (профессиональные, должностные, воинские преступления).

Помимо общего субъекта преступления выделяют также специальный субъект преступления – лицо, обладающее дополнительными признаками, только путем использования (применения) которых оно способно совершить данное преступление.

Объективная сторона – это внешняя (физическая) характеристика преступления. Объективная сторона состава преступления состоит из таких внешних черт преступного посягательства: деяние; причинно-следственная связь; время, место, обстановка и другие детализирующие данные. Действие является наиболее употребительной формой совершения преступления, однако преступление может совершаться и в форме бездействия. Уголовная ответственность за бездействие наступает в случаях, когда лицо было обя-

зано и имело возможность активно действовать в данной обстановке на основании предписаний закона или по долгу службы (например, неоказание помощи больному).

Субъективная сторона – это характеристика духовного мира лица, совершившего общественно опасное деяние. Субъективная сторона преступления характеризуется виной, мотивом и целью.

Вина в уголовном праве – это совокупность признаков, необходимых и достаточных для официального признания того, что данное деяние совершено умышленно или неосторожно и именно данным лицом. Вина характеризует поведение психически здорового и достаточно взрослого человека. Вина входит в предмет доказывания по любому уголовному делу, так как лицо подлежит уголовной ответственности только за те общественно опасные деяния и наступившие общественно опасные последствия, в отношении которых установлена его вина.

Различают две формы вины: умысел; неосторожность. Преступлением, совершенным умышленно, признается деяние, совершенное с прямым или косвенным умыслом. Прямой умысел – это такой вид вины, при котором лицо, совершившее преступление, осознавало общественную опасность своего деяния, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления. Косвенный умысел – это такой вид вины, при котором лицо, совершившее преступление, осознавало общественную опасность своего деяния, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и, хотя и не желало их, но допускало их, либо относилось к ним безразлично.

Преступлением, совершенным по неосторожности, признается деяние, совершенное по легкомыслию (самонадеянности) или небрежности. Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело воз-

возможность наступления общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий.

Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно и могло предвидеть эти последствия.

В случаях, если лицо не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своего деяния, либо не предвидело и по обстоятельствам дела не могло предвидеть наступления общественно опасных последствий, то деяние признается совершенным невиновно (казус).

УК РФ ввёл новый вид невиновного причинения вреда, связанный с невозможностью предотвратить наступившие общественно опасные последствия, охватываемые предвидением причинителя вреда, вследствие несоответствия его психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам. Оценка условий как экстремальных – это вопрос факта, и он входит в компетенцию суда, а вывод о несоответствии психофизиологических качеств лица требованиям сложившихся условий основывается на заключении психологической экспертизы.

Мотив – побуждение лица, которым оно руководствовалось при совершении преступления. В качестве признака мотив предусмотрен в ряде статей УК РФ. В этих случаях наличие этого мотива необходимо (является обязательным) для привлечения к ответственности. Цель преступления – результат, к достижению которого стремится лицо путем совершения того или иного преступления. Цель преступления оказывает значительное влияние на степень общественной опасности преступления. Та или иная цель может служить

отягчающим или смягчающим обстоятельством при определении меры наказания.

Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность. Существует также ряд обстоятельств, исключающих преступность деяния. Законодатель выделяет следующие обстоятельства, исключающие преступность деяния: необходимая оборона; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; крайняя необходимость; физическое или психическое принуждение; обоснованный риск; исполнение приказа или распоряжения.

В качестве обстоятельств, исключающих преступность деяния таких субъектов уголовного права, каковыми являются медицинские работники, наиболее часто выступают: крайняя необходимость; обоснованный риск.

В соответствии со ст. 39 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым уголовным законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

В соответствии со ст. 41 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. Обоснованность риска определяется соблюдением ряда условий: наличие направленность деяния на достижение общественно полезной цели; достижение поставленной цели обычным путем (способом) невозможно; действие основано на научных знаниях об опыте в соответствующей сфере деятельности; при этом отсутствует неизбежность причинения вреда (имеется только вероятность такого вре-

да); риск не сопряжён с вероятностью причинения вреда неопределённому кругу лиц.

Врачебная ошибка» и юридическая ответственность: право, мораль, целесообразность. Деятельность медицинского работника сопряжена с различными сложностями, обусловленными причинами как объективного, так и субъективного порядка, и нередко проявляется различного рода упущениями, дефектами, ошибками. Термин «врачебная ошибка» – собирательное понятие. Он используется обычно при анализе лечебно-профилактической деятельности, выявлении причин неблагоприятных исходов в медицинской практике.

Действующее законодательство РФ не знает правового понятия «врачебная ошибка». Взгляды на понятия «врачебная ошибка», «несчастный случай», «ятрогения» крайне противоречивы. Необходимо особо подчеркнуть, что, на наш взгляд, попытки использования на современном этапе экспертной и следственно-судебной практики конструкций «врачебная ошибка» и «несчастный случай» в целях дифференциации некоторых ненадлежащих медицинских действий далеко не всегда целесообразны и оправданны.

На протяжении длительного времени в работах юристов, судебных медиков, клиницистов в эти понятия вкладывалось настолько противоречивое содержание, что в литературе этот вопрос был запутан окончательно. Так, например, диапазон вариантов «врачебной ошибки» достигает диаметрально противоположных значений: от небрежных, недобросовестных, неосторожных действий и приемов по оказанию медицинской помощи, результатом которых явилось причинение вреда здоровью пациента или его смерть, до «добросовестного заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества».

Следует отметить, что не только в судебно-медицинской, но и клинической литературе полностью отсутствует единство взглядов на трактовку рассматриваемых понятий,

их классификацию, происхождение, условия возникновения и основания ответственности. Действующее российское законодательство не знает правового понятия, именуемого «врачебной ошибкой». Вместе с тем, отсутствие единой позиции по содержанию столь важного понятия, а также противоречие взглядам судебных медиков и клиницистов выявляется и у ряда ученых-юристов, которые предлагают дать официальное определение и закрепить это понятие в законе.

Первая такая реальная попытка в странах СНГ недавно была осуществлена в Республике Молдова, где с 1 июля 2006 года вступил в силу Закон о «Правах и обязанностях пациентов», в преамбуле которого приводится законодательное определение врачебной ошибки.

С юридической точки зрения, отклонения от «стандартного» хода лечебно-диагностического процесса влекут за собой различные социальные и правовые последствия:

а) необходимость устранения дефектов за счет хозяйствующего субъекта (клиники или частнопрактикующего врача), что повлечет за собой рост издержек, снижение рентабельности и т.п.;

б) распространение нелицеприятной информации об услугодателе и его деятельности, что снижает его конкурентоспособность, влечет за собой отток клиентов и, следовательно, сокращение рабочих мест;

в) обращение в юрисдикционные органы с жалобами, исками и т.п., что препятствует нормальной хозяйственной деятельности со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Юридически значимые последствия при оказании медицинской помощи, в первую очередь, медицинской услуги, возникают в случае совершения лицом правонарушения.

Любое правонарушение – неповторимый акт человеческой деятельности, обладающий индивидуальными

особенностями. Вместе с тем в каждом правонарушении можно увидеть и некоторые типичные, основные признаки, которые присущи любому правонарушению, включая профессиональные правонарушения медицинского корпуса. Такие признаки охватываются понятием «состав правонарушения».

Состав правонарушения, как отмечалось ранее, содержит следующие признаки (составные части): объект, объективная сторона, субъект, субъективная сторона. Применительно к проблеме «врачебной ошибки» нас будут интересовать объективная сторона и субъективная сторона преступления.

Объективная сторона – это характеристика деяния, способ его совершения и других имеющих правовое значение детализирующих фактов. Именно в объективной стороне правонарушения определяют факт причинения вреда (ущерба) и его размер, причинную связь между деянием и наступившими последствиями.

В медицинской литературе нередко используют термин «дефект» – в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий обычно понимают ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших). Согласно словарю С. И. Ожегова под дефектом понимают какой-либо изъян, недостаток, недочет. Иными словами, дефект является внешней характеристикой правонарушения и подлежит определению в установленном законом порядке.

Субъективная сторона – это психическая характеристика субъекта правонарушения. В субъективной стороне правонарушения обязательным элементом является вина. Вина обычно «конструируется» посредством таких признаков, как осознание, предвидение, желание.

В случае причинения вреда здоровью и инициирования потерпевшим или юрисдикционным органом процедуры установления обстоятельств «врачебного дела» с целью решения стоящих перед юрисдикционными органами задач (соблюдение законности, обеспечение защиты прав граждан и др.), обычно на первый план выдвигается версия о «врачебной ошибке», требующая проверки всеми доступными способами и средствами.

Проблема врачебных ошибок (ятрогений и т.п.) на протяжении многих лет является сложной, до конца не разрешенной проблемой не только в медицинском плане, но и в соотношении этого понятия с юридическими нормами.

Таким образом, следует признать, что «врачебная ошибка», «несчастье в медицине» являются понятиями, не имеющими в Российской Федерации должного теоретического обеспечения ни с правовых, ни с судебно-медицинских позиций, являются индифферентными к правовой и экспертной практике. Это дает аргументированное обоснование рекомендовать ведомственным и экспертным (в том числе страховым) комиссиям безоговорочно отказаться от использования в своих официальных заключениях рассматриваемых терминов. Вместе с тем, они имеют определенное значение в общемедицинском, клиническом плане. Именно здесь эти термины несут достаточную рабочую нагрузку, в той или иной мере объединяя профессиональные недостатки, дефекты и упущения диагностического, лечебно-технического, лечебно-тактического, прогностического, организационного и деонтологического характера.

В пределах клинического подхода сущность врачебной ошибки и несчастного случая сводится к тому, что действия медицинского персонала были объективно ненадлежащими, неверными. При этом их констатация производится независимо от того, является ли данное ненадлежащее дея-

ние (действие или бездействие) противоправным, будет или нет данный медицинский работник нести юридическую ответственность за допущенное нарушение.

Решение вопроса о наличии или отсутствии в действиях медицинских работников (как впрочем и специалистов других профессий) элементов противоправности и виновности является исключительной прерогативой юристов, а не судебных медиков и клиницистов.

Далеко не любое причинение вреда, обусловленное или находящееся в причинной связи с проведением медицинских мероприятий, будет подпадать под категорию «врачебная ошибка». Необходимо отличать объективную и субъективную стороны правонарушения. Если дефект может быть оценён как причинение вреда законным интересам пациента и является составной частью объективной стороны, то ошибка характеризует субъективную сторону правонарушения, деяния медицинского работника или организации в целом, а не сами неблагоприятные отклонения от предполагавшегося результата.

Если врач действовал умышленно, то ни о какой ошибке речи быть не может; он сознательно причинял вред. Сложнее дело обстоит в ситуации причинения вреда с неосторожной формой вины. Однако и в этом случае ошибка вызвана вполне определённым отношением субъекта к содеянному и возможным последствиям. Категория «случайности» малой вероятности эволюционирует в закономерность, реализуемую в полном объеме в конкретной ситуации причинения вреда.

Иными словами, не любой дефект является следствием ошибки, и не любая ошибка влечет за собой наступление дефекта. Отсутствие вины причинителя вреда, по общему правилу, влечет за собой отсутствие субъективной стороны правонарушения, следовательно, состава правонарушения. Лицо в таких случаях освобождается от юридической ответ-

ственности. Однако в отдельных случаях (ответственность услугодателя за риск, объективная гражданско-правовая ответственность), как уже отмечалось, может наступать юридическая ответственность и при отсутствии вины.

Следует особо подчеркнуть, что результаты исследований, проведенных в Российской Федерации и других странах, выявили не просто высокий уровень распространённости ненадлежащего оказания медицинских услуг, а по-разному определению президента Всемирной ассоциации медицинского права профессора А. Карми названную «молчаливой эпидемией» в 2003 году.

Важными причинами увеличения фактов ненадлежащего оказания медицинских услуг в нашей стране является на наш взгляд не столько отсутствие (недостаточность) нормативно-правового регулирования в сфере оказания медицинских услуг; правовых гарантий профессиональной деятельности медицинских работников; устойчивой правовой основы в отношениях «врач – пациент – медицинское учреждение»; системы профилактики профессиональных нарушений; должной правовой подготовки медицинских работников; системы страхования гражданской (профессиональной) ответственности в здравоохранении; унифицированного порядка заключения договоров об оказании медицинской услуги, где должны быть регламентированы правовые взаимоотношения между пациентом, врачом и медицинским учреждением (организацией), сколько наличие знаний у населения об их гражданских правах в сфере здравоохранения, правах пациента, ответственности за собственное здоровье; стандартов ведения медицинской документации, диагностики и лечения с учетом правовых аспектов оказания медицинских услуг; занижение объемов оказания медицинских услуг как следствие дефицита финансирования в системе ОМС; несоблюдение информационных и деонтологических принципов и умений применять их на практике.

Основными причинами ненадлежащего оказания медицинских услуг на современном этапе, вследствие чего пациенты обращаются с исками в суды различных инстанций, в первую очередь являются: деонтологические нарушения прав пациентов – невнимательность, грубость, небрежность медицинских работников, ошибки в диагностике и лечении, низкая профессиональная квалификация медицинских работников, недооценка тяжести состояния больного.

ТЕМА 6. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ – УСЛУГА, ДОЛГ, ПРИЗВАНИЕ?

Контроль качества медицинской помощи направлен на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения. Под гарантией качества понимают научно-технический уровень помощи, то есть степень применения имеющихся в настоящее время медицинских знаний, медицинских технологий при оказании медицинской помощи. Говоря о гарантии качества, надо также говорить о технической оснащённости, безопасности, удовлетворённости пациентов (с должным учётом личности пациента, его доверия и комфорта), с учётом экономного использования ресурсов, равенства возможности получения медицинской помощи для лиц, имеющих разное экономическое положение.

Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей пользой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, – это «степень достижения вышеупомянутого баланса пользы и риска». Согласно концепции ВОЗ различают три аспекта качества:

качество структуры (оснащённость, обеспеченность), качество процесса (медицинской помощи), качество результатов (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры учреждения).

Осуществляемые меры по контролю над качеством медицинской помощи следует рассматривать также из 3 компонентов: качество структуры, качество процесса, качество результатов. Главная заслуга в конкретизации трёх основных компонентов качества (структура, процесс, результат) принадлежит выдающемуся организатору здравоохранения, ливанцу армянского происхождения Аведису Донабедиану (1919-2000).

В 1966 году была издана его монография «Оценка качества медицинской помощи», где А. Донабедиан впервые разработал сочетание трех подходов в оценке качества: структурного, процессуального и результирующего, названное впоследствии «триадой Донабедиана».

Три группы критериев качества.

1. Структура качества. Это институциональный критерий (постоянный критерий), в состав которого входят:

- 1) Оценка зданий и сооружений.
- 2) Оценка медицинской техники.
- 3) Оценка вспомогательной и организационной техники
- 4) Оценка кадров.
- 5) Оценка различных ресурсов, в том числе и лекарственных.

Эти данные можно найти в паспорте учреждения, без этого паспорта учреждение не может пройти лицензирование и аккредитацию. Для оказания качественной услуги необходимо иметь качественный кадровый потенциал, современную технику, специальные ресурсы здравоохранения. Экспертиза показателей структуры проводится органами лицензирования и аккредитации, на основе следующих документов:

– типовые паспорта зданий и сооружений,

- типовой паспорт оснащения медицинской техникой,
- типовой паспорт оснащения хозяйственной оргтехникой,
- штатное расписание и квалификационные требования к специалистам (результаты аттестации и сертификации),
- перечень запасов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи.

Лицензирование – выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление, производство определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Оно позволяет определить возможности учреждения для оказания лечебно-профилактической помощи и дает право осуществлять медицинскую деятельность в объеме, который соответствует уровню подготовки медицинских кадров и оснащению. В лицензирование входит: определение противопожарных мероприятий, санитарно-эпидемиологические показатели, оценка приборов.

В отличие от лицензирования в процессе аккредитации выявляется соответствие или несоответствие деятельности учреждений и медицинского персонала установленным стандартам по оказанию лечебно-профилактической помощи и медицинских услуг.

Цели аккредитации – защита интересов потребителя и обеспечение необходимого объема и качества медицинской помощи и услуг в системе ОМС. Лицензированию и аккредитации подлежат все медицинские учреждения, независимо от форм собственности. Проводятся они лицензионно-аккредитационной комиссией, которые создаются при органах здравоохранения. Их деятельность базируется на приказе МЗ РФ от 22.06.97 г. №48. Финансирование этой комиссии идет за счет оплаты процедуры аккредитации, рассмотрения споров, запрошенных дел. Когда проходят лицензирование, то выдается лицензия, в которой ого-

варивается право на ведение деятельности, когда проходят аккредитацию (проходит каждый медицинский работник), выдают сертификат.

Процедура аккредитации и лицензирования состоит:

1 этап: предварительное очное лицензирование на основании комплексной оценки их состояния и показателей работы.

2 этап: аккредитация медицинского персонала. Результаты оценки могут быть использованы для получения категории.

3 этап: аккредитация диагностической и вспомогательной службы. Результаты их оценки должны использоваться при аккредитации клинических подразделений.

4 этап: аккредитация клинических служб с присвоением категорий – изучение документов, форм, анкет и других заключений экспертов.

2. Второй компонент качества – качество процесса. Это технологический критерий, причем он рассматривает медицинскую и управленческую технологию. Оказание медицинской помощи является чрезвычайно сложным производством, с применением огромного количества ресурсов, техники, поэтому возникает необходимость в стандартизации оказания медицинской помощи. При оценке технологии рассматривается и анализируется собственно медицинская технология – медико-технологические и медико-экономические стандарты, контроль без применения стандартов. В области управления оказанием медицинской помощи рассматриваются механизмы, обеспечивающие процесс управления.

3. Критерии результатов.

Это критерии эффективности, которые учитывают показатели объема деятельности и показатели результативности (медицинские, экономические, социальные). Набор показателей, связанных с понятием эффективности или результативности стандартизации не подлежит. Эффективность

и результативность оцениваются путем установления причинно-следственных отношений с факторами, обуславливающими соответствующие показатели. Например, если в одном отделении показатели летальности составляют 30%, в соседнем 20%, то нельзя сравнивать эти результаты, надо посмотреть на контингент больных и другие факторы. Необходимо сравнивать результаты с однородными данными (по годам, с аналогичными отделениями, с зарубежными данными др.). Фонд медицинского страхования на себя ответственность за качество не берет, в случае плохого качества оказания помощи фонд имеет право лишить лицензии и сертификата соответствующее учреждение.

Медицинская результативность – показатели:

1. Полное выздоровление.
2. Улучшение состояния.
3. Нет ни улучшения ни ухудшения состояния.
4. Ухудшение состояния.
5. Летальный исход – смерть пациента в результате ненадлежащего лечения и ухода.

Экономическая результативность медицинской деятельности:

– показатели эффективности работы здравоохранения в целом (можно оценить по показателям младенческой смертности);

– показатели эффективности инвестиционных программ. Существует ряд мировых организаций, которые вкладывают деньги в развитие офисов семейного врача, но потом они смотрят на экономический эффект;

– показатели эффективности финансирования. Насколько полно и качественно используются средства;

– показатели эффективности использования финансовых средств. Как используется оборудование, техника.

Социальная результативность оказания медицинской помощи характеризуется двумя группами показателей:

1. Микросоциальные показатели – удовлетворенность населения медицинской помощью. Есть система внутриучрежденческого контроля – например, проведение анкетного исследования населения.

2. Макросоциальные показатели – уровни смертности, рождаемости, средней продолжительности жизни.

Можно выделить 4 направления контроля качества медицинской помощи, в зависимости от времени проведения контроля, типа контролирующего органа, вида экспертизы (экспертиза структуры и пр.), или от глубины.

По времени проведения контроля качества:

- Текущий контроль.
- Поэтапный контроль.

По типу контролирующего органа:

- Внутренний контроль – контроль заведующим отделением, главным врачом.
- Внешний контроль – контроль со стороны страховой организации, территориальных фондов ОМС, общества потребителя.

По направлению экспертизы:

- Экспертиза структуры.
- Экспертиза технологии.
- Экспертиза результативности.

Способы проведения контроля оказания медицинской помощи:

1. Изучение медицинской документации: истории болезни, амбулаторные карты, специальные журналы, отчетная документация по ОМС, статические отчеты. В современных условиях не отчитываются талоном 25В, а отчитываются перед страховой компанией, чтобы получить от нее деньги путем заполнения медико-экономического талона, в котором есть все данные, которые содержат все данные, что и статический талон + результаты, которые записывает экономический отдел или бухгалтер о стоимости. В конце каждого месяца этот талон подается в фонд ОМС.

2. Обход в отделении: медицинский обход и административный обход.

Любая система контроля имеет цель – определение соответствия проводимых мероприятий тому, что гарантирует нормативный документ.

Нормативные документы для проведения экспертизы качества медицинской помощи:

1) Территориальная программа ОМС.

2) Перечень медицинских услуг, которые оказывают за счет государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3) Перечень дорогостоящих операций и приравненных к ним вмешательств, которые финансируются за счет государственного бюджета.

4) Положение о порядке проведения экспертизы качества медицинской помощи.

5) Медико-экономические и медико-технологические стандарты.

В настоящее время большое внимание уделяется эффективности выполнения медицинскими учреждениями своей работы. Эффективность определяется тем, насколько хорошо налажена административная и вспомогательная работа, которая влияет на конечный результат. Эффективность качества определяется на основе индикаторов, специальных стандартов, баз данных. Индикаторами может быть оценена доступность лечения, его правильность, компетентность специалистов, рентабельность. Хотя эти индикаторы не являются непосредственной мерой качества – они акцентируют внимание на тех вопросах, которые требуют наиболее активного вмешательства, потому что без этого нельзя создать определенный уровень качества.

Различают следующие виды контроля качества медицинской помощи.

Внутриведомственный контроль производится в соответствии с положением о системе внутриведомственного

контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории субъекта РФ.

Внутриведомственный контроль в системе здравоохранения – это контроль за соблюдением медицинских технологий и стандартов лечебно-диагностического процесса. Внутриведомственный контроль предусматривает применение мер административного воздействия к лицам или учреждениям при выявлении дефектов при оказании медицинской помощи.

Система внутриведомственного контроля КМП в системе здравоохранения имеет многоуровневый характер: федеральный, территориальный, районный. Экспертизу качества медицинской помощи на федеральном уровне осуществляют МЗ РФ, лицензионно-аккредитационная комиссия (ЛАК), профессиональные медицинские ассоциации, межведомственные комиссии. Они, прежде всего, определяют структурный подход к обеспечению качества помощи.

Территориальный уровень контроля качества осуществляют органы управления здравоохранением субъектов РФ, территориальные ЛАК, профессиональные медицинские ассоциации. В районах, городах, поселках структурно-технологические подходы в обеспечении КМП определяются органами управления здравоохранением и руководством ЛПУ.

Внутриведомственный контроль КМП осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения.

Качество медицинской помощи в ЛПУ определяется квалификацией врачей и средних медработников, организацией работы отделений и поликлинических служб, лекарственным и материально-техническим обеспечением, финансовыми ресурсами, отношением медицинского персона-

ла к пациентам и их родственникам.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным случаям по медицинской документации, при необходимости может быть проведена и очная экспертиза.

Экспертному контролю обязательно подлежат:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- случаи заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения (или времени нетрудоспособности);
- случаи с расхождением диагнозов;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнуты экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом случайной выборки.

В течение месяца заведующий стационарным отделением проводит экспертизу не менее 50% законченных случаев, заместитель руководителя ЛПУ – 30-50 экспертиз в течение квартала. В поликлинике заведующий отделением проводит экспертизу не менее 10% законченных случаев, заместитель по клинико-экспертной работе – не менее 30-50 экспертиз в квартал.

Экспертиза КМП конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезни.

Ведущая роль при экспертизе КМП принадлежит заключению эксперта, который кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса:

- в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза;

- выявляет дефекты и их причины;

- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

На каждый случай экспертной оценки заполняется карта экспертной оценки стационарного больного, амбулаторного больного.

В результате их обработки рассчитываются показатели, характеризующие их качество и эффективность медицинской помощи.

Контроль качества медицинской помощи в ЛПУ осуществляется и путем ежедневного оперативного управления на утренних конференциях, обхода заведующего отделением, контроля ведения медицинской документации на консультациях специалистов. Для разбора врачебных ошибок, случаев расхождения диагнозов необходима хорошая организация лечебно-контрольных комиссий, комиссий по изучению летальных исходов, инфекционной комиссией и др. с соответствующими организационными выводами, которые должны находить свое отражение в приказах, распоряжениях и инструкциях.

Наиболее значимым при проведении оценки КМП является самоконтроль врача и организация работы по подготовке специалистов по стандартам качества.

Организация оценки качества и эффективности медицинской помощи является не только способом выявления

дефектов в работе, но и, в определенной степени, мерой по повышению ее уровня, с этой целью каждый выявленный дефект, каждый случай расхождения в оценке качества на различных этапах экспертизы а также существенные отклонения от нормативных затрат должны быть предлогом специального обсуждения с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу.

Система оценки качества и эффективности медицинской помощи должна функционировать непрерывно, что позволяет оперативно получать необходимую для управления информацию.

Основным видом коррекции уровня качества и эффективности медицинской помощи являются просветительные, организационные и дисциплинарные меры.

При этом основным фактором перехода от оценки качества и эффективности к их повышению является образование и постоянное совершенствование персонала.

Дисциплинарные меры, или меры наказания являются крайним средством при попытке добиться улучшения КМП.

Участие всех должностных лиц в осуществлении системы должно быть творческим, а не сводиться к механическому выполнению поставленных задач. При необходимости в ходе внедрения данной системы и ее адаптации могут быть внесены те или иные коррективы.

Результаты ведомственного контроля могут использоваться и сопоставляться с данными вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи за деятельностью учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, а также частнопрактикующих врачей (специалистов, работников), осуществляется на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи следующими представителями:

1. Лицензионно-аккредитационные комиссии.
2. Страховые медицинские организации.
3. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случае выполнения ими функции страховщика).
4. Страхователи.
5. Профессиональные медицинские ассоциации.
6. Общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- предупредительного контроля
- контроля результата
- целевого контроля
- планового контроля
- повторного контроля (метаэкспертиза)

ТЕМА 7. ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Руководители медицинских учреждений должны помнить о необходимости соблюдения защиты персональных данных пациента составляющих врачебную тайну, об основаниях, которые дают законное право на её разглашение, и доводить эту информацию до сведения сотрудников. Врачебная тайна регламентируется Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». С 1 января 2012 года под врачебной тайной понимают сведения:

- о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи;
- о состоянии здоровья;
- о диагнозе;

– иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

В части 4 статьи 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья» перечислены случаи, когда сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляются без согласия гражданина или его законного представителя. Этот перечень постоянно претерпевает изменения, так как расширяется круг субъектов, которые могут запрашивать такую информацию.

Также в 2013 году внесены изменения в ФЗ «О связи» от 07.07.2003, которые гласят, что оператор связи вправе поручить обработку персональных данных гражданина другим лицам (аутсорсерам) без его согласия.

Каждый пациент, который попадает на приём в клинику, подписывает согласие на обработку конфиденциальной информации. Это формальность или реальное требование защиты персональных данных в медицинских учреждениях?

Каждый пациент, который попадает на приём в частную клинику, подписывает не только договор об оказании услуг, согласие на медицинское вмешательство, но и согласие на обработку персональных данных в медицинском учреждении. По факту без этого разрешения клиника не может получить сведения о состоянии здоровья, занести их в карту или информационную систему, хранить в регистратуре и базе данных и т.д. Поэтому при регистрации нового клиента в программе учёта пациентов ему обязательно выдаётся на подпись такой стандартный документ.

Что такое конфиденциальная информация? Это Ф. И. О., пол, адрес регистрации, номера паспорта, СНИЛС, страхового полиса, данные об обращении за медицинской помощью и состоянии здоровья. То есть все те сведения, которые нужны клинике для работы с пациентом.

Конфиденциальная информация по закону может передаваться третьим лицам только с согласия пациента. Есть некоторые исключения из правил (например, согласие не

требуется, если пациент не в состоянии изъяснить свою волю, если её запрашивают следователи, суд, или есть угроза массового распространения заболевания), но это всего несколько пунктов для особых ситуаций.

Что такое обработка персональных данных? Это любые операции с информацией: сбор, хранение, использование, изменение, уничтожение, передача. Это происходит в любой клинике: заполняются электронные истории болезни в МИС, врачи собирают анамнез здоровья и жизни, получают результаты лабораторных исследований, составляют реестры услуг для оплаты страховыми компаниями – всё это примеры обработки персональных данных в медицинской организации.

Зачем нужна защита персональных данных в медицинских учреждениях?

В России действует ряд законов, указов и постановлений о персональных данных, о защите информации, об её обработке в информационных системах. Их требования должны соблюдаться любым медицинским центром. И получение согласия на работу с личной информацией – одно из таких требований.

Оно берётся с пациента один раз, когда заводится амбулаторная карта или больной поступает в стационар. Тем не менее, при большом потоке клиентов важно быстро составить документ, распечатать и заполнить реквизиты. С этим отлично справляются современные информационные системы. Например, в программных решениях «Первого БИТа» можно создать шаблон любого договора и соглашения, который будет заполняться автоматически при регистрации клиента в базе. Далее документ распечатывается и даётся на подпись пациенту.

Персональные данные в медицинских учреждениях – настоящий клад для мошенников. Как утверждают независимые эксперты, на чёрном рынке ценность медицинской

информации в 10 раз выше финансовой. Полученные незаконным методом сведения о здоровье могут использоваться в ущерб пациентов. Это и обманы пенсионеров, когда им пытаются продать препараты-пустышки за баснословные суммы. Или желание выручить деньги с угрозами обнародования диагнозов у известных личностей и другие случаи.

Как защищаются персональные данные пациентов в медицинском учреждении?

Для защиты персональных данных в медицинском учреждении используются технические и организационные методы.

Во-первых, все клиники подпадают под жёсткие требования технической защиты информации и должны использовать довольно широкий набор мер безопасности. Они обязательно проходят проверки и аттестации ФСТЭК на соответствие системы защиты нормативным требованиям.

ТЕМА 8. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020)¹.

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законода-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020).

тельством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности.

Порядок проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) и судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) проводятся в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Выполняют СМЭ эксперты бюро СМЭ, а при отсутствии таковых – любые врачи, привлеченные для этих целей лицом, проводящим дознание либо следствие. Если же Вы в соответствии с УПК и ГПК будете ходатайствовать перед следователем или дознавателем, и он назначит экспертизу, то она будет бесплатной. Организация и порядок производства СМЭ и СПЭ определены законом и, как правило, проводятся в связи с расследованием и судебным разбирательством по конкретному уголовному делу.

При проведении расследования по уголовным делам экспертиза назначается в необходимых случаях при производстве дознания, предварительного следствия и (или) при судебном разбирательстве. Производство предварительного следствия обязательно по уголовным делам, за исключением преступлений, не представляющих большой общественной опасности (нетяжких преступлений). По делам, по которым производство предварительного следствия не обязательно, орган дознания проводит все следственные действия, в том числе назначает экспертизу. При наличии признаков преступления, по которому производство предварительного следствия обязательно, орган дознания возбуждает уголовное дело и производит неотложные следственные действия по установлению и закреплению следов преступления. Экспертиза (СМЭ, СПЭ) к числу таких неотложных следствен-

ных действий не относится. Поэтому при расследовании преступлений, по которым производство предварительного следствия обязательно, экспертиза назначается органами предварительного следствия, к которым относятся прокуратура, милиция, ФСБ и налоговая полиция.

Проведение экспертизы обязательно: для установления причин смерти и характера телесных повреждений; для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчёт в своих действиях или руководить ими; для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания; для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Признав необходимым производство экспертизы, следователь составляет об этом постановление, в котором указываются основания для назначения экспертизы, фамилия эксперта или наименование учреждения, производящего экспертизу, вопросы, поставленные перед экспертом.

Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы и разъяснить его права: заявить отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, представить дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта, присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы и давать объяснения эксперту, знакомиться с заключением эксперта. Об ознакомлении составляется протокол, подписываемый следователем и обвиняемым. Постановление о назначении СПЭ и заключение экспертов не

объявляются обвиняемому, только если его психическое состояние делает это невозможным.

Действия и решения следователя, прокурора, лица, производящего дознание (в частности в отношении назначения и проведения экспертизы), могут быть обжалованы. Жалобы подаются прокурору непосредственно, либо через лицо, производившее дознание, следователя (да, через лицо, действия которого обжалуются!). Жалобы могут быть устные и письменные. Устные заносятся в протокол, который подписывается заявителем и лицом, принявшим жалобу. Последнее обязано в течение 24 часов направить поступившую жалобу вместе со своими объяснениями прокурору. Прокурор в течение 3 суток по получении жалобы обязан рассмотреть ее и уведомить заявителя о результатах. В случае отказа в удовлетворении жалобы прокурор обязан изложить мотивы, по которым жалоба признана неосновательной. Жалобы на действия и решения прокурора приносятся вышестоящему прокурору.

Обычно врачи, не практикующие в СМЭ, преувеличивают свои возможности в области СМЭ. Поэтому назначение в качестве эксперта врача-неспециалиста является делом исключительным, вынужденным. Так поступают в местах, удаленных от городов, где обычно располагаются областные, городские, региональные бюро СМЭ.

Гражданин, пострадавший, например, в случае противоправных действий других лиц, может столкнуться с непониманием в милиции. Там его заявление могут не принять или отложить. Между тем, последствия повреждений и воздействий на организм имеют счастливое свойство исчезать. Благодаря этому мы выздоравливаем. Вместе с тем исчезают и следы. То, что сегодня кажется совершенно очевидным, через месяц будет уже трудно доказуемым. Поэтому милиция, затягивающая с началом дознания и открытием дела, фактически работает против пострадавшего.

У гражданина есть только один способ противостоять такому развитию событий – постараться зафиксировать телесные признаки происшествия. Каждый врач может сделать это приемлемым способом. Для этого он должен не просто написать в амбулаторной карте пациента диагноз того, что он видит (название болезни, травмы), а детально описать все признаки того, что имеется на теле. Врач должен описать все остальные повреждения, даже если они не требуют лечения (например, кровоподтеки, причем указать их цвет, он важен для оценки времени, прошедшего после травмы).

По результатам такого описания удастся переломить отношение к делу дознавателя и следователя, СМЭ сможет уточнить свой анализ травмы на основе записей в медицинских документах. К сожалению, далеко не все врачи готовы к тому, чтобы сотрудничать с пациентами в этой области. Они не желают ни беспокойства в связи с возможными судебными разбирательствами, ни давления начальства в случае неприятностей, ни возможного давления преступников и их близких.

Судебно-психиатрическая экспертиза. СПЭ проводится только в специально определённых учреждениях и почти исключительно стационарно, т.е. с помещением обследуемого в больницу. Обычно срок наблюдения не бывает менее нескольких недель. Традиционно для экспертизы выделяется одно из отделений в областной психиатрической больнице. Экспертизу наиболее сложных случаев проводит Институт судебной психиатрии в Москве.

При рассмотрении гражданских дел суд прибегает к СПЭ для решения вопроса о дееспособности истца или ответчика в процессе. СПЭ необходима при вынесении судом решения по делам так называемого особого производства о признании лица недееспособным. Дело о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни или

слабоумия может быть начато по заявлению членов его семьи, профсоюзов и общественных организаций (устав которых предусматривает опеку больных и такие действия), прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения. Право на подачу заявления о признании гражданина недееспособным имеют супруг, совершеннолетние дети, родители, а также другие родственники и нетрудоспособные иждивенцы, проживающие с ним и ведущие общее хозяйство. Возбудить такое дело близкие родственники могут независимо от того, проживают ли они вместе с данным гражданином, или отдельно от него.

Заявление о признании гражданина недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия подается в суд по месту жительства данного гражданина, а если лицо помещено в психиатрическое лечебное учреждение, то по месту нахождения этого учреждения. В заявлении должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие об умственном расстройстве, вследствие которого лицо не может понимать значения своих действий или руководить ими.

Судья назначает СПЭ для определения психического состояния гражданина в порядке подготовки дела к судебному разбирательству при наличии достаточных данных о душевной болезни или слабоумии гражданина (справок о врожденных умственных недостатках, о нахождении на учете у психиатра, о нахождении лица в психиатрических лечебных учреждениях, о травмах, которые могли нарушить психику гражданина, актов, свидетельствующих об отклонениях от обычного поведения, определений суда об освобождении от уголовной ответственности и применении к лицу принудительных мер медицинского характера). В исключительных случаях, при явном уклонении лица, в отношении которого возбуждено дело о признании его недееспособным, от прохождения СПЭ, суд в судебном заседании при участии прокурора и психиатра может вынести

определение о принудительном направлении гражданина на СПЭ. Данное определение может быть выполнено с помощью санитаров психиатрического лечебного учреждения и сотрудников милиции.

Дело о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, о признании которого недееспособным рассматривается дело, вызывается в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья. Решение суда, которым гражданин признан недееспособным, является основанием для назначения органами опеки и попечительства опекуна. Признание гражданина дееспособным и отмена установленной опеки производится судом на основании соответствующего заключения СПЭ по заявлению членов его семьи, профсоюзов и иных общественных организаций, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения.

При проведении СМЭ или СПЭ гражданин или его законный представитель имеют право ходатайствовать перед органом, назначившим экспертизу, о включении в состав комиссии дополнительного специалиста соответствующего профиля с его согласия. С его согласия означает, что приглашенный Вами специалист должен Вам дать согласие на это, но не означает, что он обязан делать это бесплатно. Вероятно, Вам придется оплатить услуги эксперта, например, в размере текущей почасовой оплаты таких специалистов.

Обычно необходимых специалистов в области СМЭ и СПЭ найти трудно где-либо, кроме столиц. В областных городах они могут быть среди преподавателей кафедр судебной медицины медицинских институтов. К сожалению, поскольку по бедности многие кафедры институтов базируются в соответствующих больницах или совместно с бюро

СМЭ, преподаватели этих кафедр зачастую неспособны к независимой экспертизе.

Результаты СМЭ и СПЭ могут быть обжалованы в суд. Рациональнее обжаловать экспертизу сразу, как Вы на это решитесь, отдельно от рассмотрения Вашего дела (или дела Вашего родственника, друга) в суде. Особенность нашего правосудия состоит в том, что суды не проводят обычно судебного следствия, а принимают решения на основании слушания сторон. Вот и результаты экспертизы будут просто приняты и, вероятно, Ваши протесты будут отклонены. В традициях отечественного правосудия не подвергать критическому анализу результаты СМЭ или СПЭ. Поэтому в случае несогласия с экспертным решением сразу обжалуйте их в суде. СМЭ и СПЭ назначаются в случае дознания и расследования по предполагаемому преступлению. Соответственно, их результаты имеют значение в том случае, если дело доходит до суда. Помните об этом, и не начинайте трудный процесс, если Вы не намерены обращаться в суд.

ТЕМА 9. ЗАЩИТА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ПРАВ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Право на занятие медицинской деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определёнными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, – также сертификат специалиста и лицензию. Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных ме-

дицинских ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского образования, могут быть допущены к занятию медицинской деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Врачи, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций.

Работники со средним медицинским образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую подготовку в иностран-

ных государствах, допускаются к медицинской деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на занятие определёнными Министерством здравоохранения Российской Федерации видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Выдачу лицам лицензий на определенные виды медицинской деятельности осуществляют лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта Российской Федерации.

В состав лицензионных комиссий входят представители органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, высших медицинских учебных заведений и учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. Лицензионные комиссии несут ответственность за обоснованность принимаемых решений.

Лицензия выдаётся на определённый вид деятельности на основании сертификата специалиста. Выдача лицензии на иной вид деятельности осуществляется отдельной процедурой.

Лишение лиц, занимающихся определёнными видами медицинской деятельности, лицензии или приостановление её действия осуществляется лицензионными комиссиями или по решению суда в случае несоответствия осуществляемой ими деятельности установленным стандартам качества медицинской помощи или положениям, закреплённым настоящими Основами. Действие лицензии возобновляется

после повторного лицензирования при исчезновении оснований, по которым было осуществлено лишение лицензии или приостановление её действия. Решения лицензионных комиссий могут быть обжалованы в соответствующие органы государственной власти и (или) в суд.

Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определённые виды медицинской деятельности устанавливаются Правительством Российской Федерации. Перечень видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счёт личных средств граждан или за счёт средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключёнными договорами.

Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с настоящими Основами и другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдаётся местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляют профессиональные медицинские ассоциации и местная администрация. Иное вмешательство местной администрации в деятельность лиц, занимающихся частной

медицинской практикой, не допускается, за исключением случаев, когда такое вмешательство прямо предусмотрено законом.

Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

Народная медицина – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органами управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краёв, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга, Севастополя.

Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на соответствующий вид деятельности. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом.

Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом местной администрацией в соответствии с нормативно-правовой базой РФ и её субъектов. Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой администра-

тивную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, – уголовную ответственность.

Лечащий врач – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения) по принципам места жительства или иным предпочтениям в рамках отечественного законодательства. Он организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Лечащий врач единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 30 дней. Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Лечащий врач несёт ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Семейный врач – это врач, прошедший специальную

многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Порядок деятельности семейного врача устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, полномочными органами иных субъектов РФ.

Врачебная тайна. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора

и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и с учётом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Медицинские работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских работников, развития медицинской практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников.

Профессиональные медицинские ассоциации принимают участие:

1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;

2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских работников, в присвоении медицинским работникам квалификационных категорий;

3) в лицензировании медицинской деятельности;

4) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские ассоциации республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Севастополя могут проводить проверочные испытания медицинских работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Профессиональные медицинские ассоциации и другие общественные объединения осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Социальная и правовая защита медицинских работников заключается в том, что они имеют право на:

1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

2) работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;

3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;

4) получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;

5) совершенствование профессиональных знаний;

6) переподготовку за счёт средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;

7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинён вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;

8) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;

9) первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы, и иные льготы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга, Севастополя.

Врачи, работники со средним медицинским образованием государственной и муниципальной систем здравоохранения, работающие и проживающие в сельской местности и посёлках городского типа, а также проживающие с ними члены их семей имеют право на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением в соответствии с действующим законодательством.

Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских работников, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с настоящими Основами Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик и иных аналогичных органов власти в субъектах РФ совместно с профессиональными медицинскими ассоциациями.

Оплата труда и компенсации медицинских работников, а также научных работников и профессорско-

преподавательского состава высших и средних медицинских учебных заведений, медицинских факультетов университетов производится в соответствии с их квалификацией, стажем и выполняемыми ими обязанностями, что предусматривается трудовым договором (контрактом), в том числе эффективным.

Медицинские работники имеют право на компенсационную выплату в процентах к должностным окладам за работу с вредными, тяжёлыми и опасными условиями труда, а также иные льготы, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами иных субъектов РФ.

Перечень категорий работников, имеющих право на повышение заработной платы, надбавки и доплаты к заработной плате, а также на другие виды компенсаций и льгот, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Порядок и условия выплаты компенсаций и предоставления льгот научным работникам государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также профессорско-преподавательскому составу высших и средних медицинских учебных заведений, медицинских факультетов университетов соответствуют порядку и условиям выплаты компенсаций и предоставления льгот медицинским работникам.

Для медицинских работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное государственное личное страхование на сумму в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

В случае причинения вреда здоровью медицинских работников при исполнении ими трудовых обязанностей или

профессионального долга им возмещается ущерб в объёме и порядке, устанавливаемых законодательством Российской Федерации.

В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие в соответствии с законом.

На выпускников медицинских высших и средних учебных заведений, прибывших на работу в сельские лечебно-профилактические учреждения по направлению, распространяются порядок и условия выдачи единовременного пособия на хозяйственное обзаведение, устанавливаемые для специалистов, окончивших сельскохозяйственные учебные заведения.

Клятва Гиппократова и клятва врача РФ. Лица, окончившие высшие медицинские учебные заведения Российской Федерации и получившие диплом врача, дают клятву врача. Текст клятвы врача утверждается соответствующим органом власти Российской Федерации. Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Является ли клятва Гиппократова нормативным документом, который закрепляет обязанности врача? В первой части говорится: всеми богами и «Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигиеей и Панакеей, богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им

безвозмездно, и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому»².

Т.е. здесь повествуется о клятве, данной античным богам и своему учителю, перечисляются поступки, которые ученик обещает своему наставнику выполнить в знак благодарности за приобретённые знания, но никак не об обязательствах врача перед пациентом.

Во второй части клятвы содержатся обещания всеми силами воплотить свои знания и умения для лечения больных. В противном случае клянущийся даёт слово не помогать людям, которых он не может вылечить из-за незнания или нехватки навыков.

«Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами».

В третьей части клятвы повествуется обещание хранить молчание о личной жизни больного и обет неукоснительно соблюдать данную клятву, если клятва будет не соблюдена, последует наказание в виде возврата обратной стороны

² Клятва Гиппократата. Перевод на русский язык. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/89693>

клятвы: «Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Анализ текста клятвы Гиппократов показывает, как она соотносится с требованиями современного российского законодательства к организации системы здравоохранения и деятельности врача. Многие её положения созвучны им но некоторые противоположны.

Российский врач клянётся, получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств; проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии; хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту; доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете; постоянно совершенствовать своё профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины.

Эти слова противоречат некоторым положениям клятвы, насаждающим языческое мировоззрение и содержащим определённые коррупционные идеи. Само по себе прочтение клятвы Гиппократата юридической силы не имеет и наделена скорее торжественно-историческим и корпоративным смыслом. Как мы уже отмечали выше, некоторые положения клятвы отражены в 41 статье Конституции РФ³, в ст. 124 УК РФ, установившей уголовную ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, которое обязано её оказывать⁴. «Помощь» пациенту в уходе из жизни карается согласно УК РФ.⁵ Некоторые положения клятвы созвучны законодательно закреплённым требованиям о т.н. «врачебной тайне». Это информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Под «иными сведениями» понимается, в частности, информация о семейной и интимной жизни, о здоровье родственников и т. п. Врачебную тайну, в частности, составляет информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, сведения о проведённом искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона и о личности донора и т.д.

³ Конституция Российской Федерации. Ст. 41.

⁴ Часть первая Гражданского кодекса Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ//Принята Государственной Думой 21 октября 1994 г. СПС Гарант <http://ivo.garant.ru/#/document/10164072/paragraph/91:4>.

⁵ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ. СПС Гарант <http://ivo.garant.ru/#/document/10108000/paragraph/1073742639:6>.

ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г. (с поправками принятыми 1 июля 2020 г. на Всенародном голосовании).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

5. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

6. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Ныне действующие локальные акты РСО-Алания и медицинских учреждений, регламентирующие вопросы оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Послание Президента РФ В. В. Путина Федеральному Собранию РФ 15 января 2020 г. М., 2020.

2. Зорькин В. Д. Справедливость – императив цивилизации права // Вопросы философии. 2019. № 1. С. 5-14.

3. Кудрявцев В. Н. Право и поведение. М.: Юр.Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2016. 184 с.

4. Кудрявая Н. В., Зорин К. В., Смирнова Н. Б., Анашки-

на Е. В. Психология и педагогика в медицинском образовании. М.: Изд-во: Компания КноРус, 2020. 318 с.

5. Педагогика в клинической практике врача: учебное пособие / Е. Ю. Васильева, М. Ю. Гайкина, Т. В. Тагаева. Архангельск: Изд-во Северного гос. мед. ун-та, 2017. 117 с.

6. Правовые основы биоэкономики и биобезопасности: монография» / отв. ред. А. А. Мохов, О. В. Сушкова. М.: Проспект, 2020. 480 с.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «интернет», необходимых для освоения дисциплины

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

1. Федеральный портал «Российское образование» www.edu.ru

2. «Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов» fcior.edu.ru

3. «Единое окно доступа к информационным ресурсам» windows.edu.ru

Электронно-библиотечные системы (ЭБС)

ЭБС «Издательство Лань» – Эл. адрес: www.e.lanbook.com

ЭБС «Юрайт» – Эл. адрес www.biblio-online.ru

ЭБС «Консультат студента» <http://www.skgmi-gtu.ru/ru-ru/lib>

Эл. адрес <http://elibrary.ru>

Собственные базы данных РСО-Алания и СОГМА

Учебно-методическое издание

**ЧЕДЖЕЛОВ СЕРГЕЙ РУСЛАНОВИЧ
ГАБАРАЕВА ЛИАНА НИКОЛАЕВНА
ТУАЕВА ИРМА БОРИСОВНА**

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Учебно-методическое пособие

Корректор — *И.Г. Дзуцева*

Технический редактор — *Е.Н. Маслов*

Компьютерная верстка — *А.В. Черная*

Дизайн обложки — *Е.Н. Макарова*

Подписано в печать 21.05.2021.

Формат 60×84 ¹/₁₆. Бумага офс. Печать цифровая.

Гарнитура Times. Усл. печ. листов 5,2.

Тираж 500 экз. Заказ №49.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Отпечатано ИП Цопановой А.Ю.
362000, г. Владикавказ, пер. Павловский, 3.



Чеджемов Сергей Русланович, доктор педагогических наук, профессор теории и истории государства и права, почетный работник образования РФ



Габараева Лиана Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая учебной работой кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогией СОГМА



Туаева Ирма Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогией СОГМА, главный внештатный специалист-кардиолог Министерства здравоохранения РСО-Алания, руководитель Агентства развития здравоохранения в РСО-Алания

