

# ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

04/2013

## ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

### ОБЗОР

А.В. Тихомиров ПРОБЛЕМЫ ГАРМОНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	2
Перевод с английского: А.В. Панов, М.А. Миселёва. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ	10
О.В. Романовская ПОНЯТИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОМ ПРАВЕ	18
А.В. Тихомиров «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» И МЕДИЦИНСКИЙ ДЕЛИКТ (комментарий к законопроекту "Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи"- 1)	24
С.И. Поспелова ПРАВОВЫЕ РИСКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕТОДОМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА	31

### ИССЛЕДОВАНИЕ

Д.Ю. Константинов, А.В. Чебыкин КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	34
А.С. Купрюшин, Н.В. Купрюшина РОЛЬ АУТОПСИИ В СЛУЧАЯХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ	37

### ПРОЦЕСС

К.Ю. Каменева АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» СПОРАМ	39
---	----

### ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Е.Х. Баринов, М.А. Очирова ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА	42
Д.А. Балалыкин, Е.Е. Бергер, В.И. Бородулин МЕДИЦИНА XVI ВЕКА: МИФЫ ИСТОРИОГРАФИИ И ЗАРОЖДЕНИЕ НАУКИ. ЧАСТЬ I.	46

Издание входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации.

А.В. Тихомиров

# ПРОБЛЕМЫ ГАРМОНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Специальное законодательство в сфере медицинских услуг нуждается в комплексной гармонизации

Ключевые слова: гармонизация законодательства, медицинское законодательство, сфера медицинских услуг

Special legislation in medical services sphere needs complex harmonization

Keywords: harmonization of legislation, medical legislation, medical services sphere

Сфера охраны здоровья на всем протяжении нового времени подвергается здравоохранением бесконечным попыткам адаптировать действующее законодательство, а не адаптироваться к нему.

Испытание на прочность правовой доктрины за это время предпринимались не только в сфере охраны здоровья, однако она устояла. Нельзя сказать, что правовая доктрина в стране абсолютно гармонична: уголовное и, в особенности, административное, да и – в отдельных аспектах – гражданское право несут в себе рудименты прежнего времени. Но в целом она сложилась и устойчиво соответствует государственному устройству и общественному укладу, не нуждаясь в радикальном пересмотре.

Акты специального законодательства в сфере охраны здоровья и корреспондирующие ему акты общего законодательства демонстративно выбиваются из рамок правовой доктрины.

Фокус проблемы – в самом существовании организационно-правовой формы учреждения, унаследованной из советского прошлого. Если в тот период учреждения были органично интегрированы в механизм государства, то в настоящем – нет, не являясь органами власти или местного самоуправления.

Фокус – потому, что сохранение учреждений бюджетной сферы в настоящем противостоит интересам общества, т.е. граждан, пользующихся их предоставляемыми.

Обоснованная необходимость существования в России учреждений в современный период<sup>1</sup> справедлива, если учреждения связаны замкнутыми отношениями исключительно с органами власти или местного само-

управления. Но если учреждения вовне таких отношений вступают в товарные отношения с потребителями, гражданами, обществом, то не столько имущественная, частноправовая, сколько административная, публично-правовая зависимость создает препятствия в осуществлении этих отношений.

Учреждения, производя и реализуя услуги, не стали хозяйствующими субъектами, как частные организации-товаропроизводители. Будучи основаны на несобственном имуществе публичной принадлежности, учреждения остаются в административном управлении органов власти или местного самоуправления. Находясь в управленческих отношениях субординации публичным органам, учреждения осуществляют деятельность в отношениях координации с контрагентами. Иными словами, учреждения являются исполнительным продолжением органов власти или местного самоуправления в гражданско-правовых отношениях с потребителями и, осуществляя деятельность с частноправовыми последствиями, подчиняются публично-правовым предписаниям.

Это, прежде всего, относится к учреждениям здравоохранения, когда возникает альтернатива, действуют они в интересах бюджета государства или здоровья граждан, общества. Эта альтернатива сказывается на всем в деятельности учреждений здравоохранения?

<sup>2</sup> Тихомиров. А.В. Учреждения здравоохранения: свобода хозяйствования или административный контроль //Здравоохранение. – 2000. - № 7. - С.155-164; Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Научно-практическое пособие. Общая часть. - М.: РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. – 84 с.; Тихомиров А.В. Разнородность учреждений и единообразии правового режима их деятельности. В кн.: Регистрация прав на недвижимость: Сборник. /Отв. ред. А.Р.Кирсанов. – Выпуск № 7. – М.: Российская правовая академия Министерства юстиции Российской Федерации, 2002, с.164-174; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Роль субсидиарных обязательств публичного собственника в отношениях обязательного медицинского страхования //Главврач. – 2002. - № 8. - С.8-12; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения

<sup>1</sup> Болдырев В.А. Гражданско-правовая конструкция юридического лица несобственника: Автореф. дисс. ... докт. юрид. наук. – Екатеринбург, 2013.

В замкнутом бюджетном круге, прежде поступавшие также по смете, сейчас в учреждения здравоохранения средства приходят только из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования, а также от разрешенных «платных» услуг, т.е. от оплаты за счет средств граждан. При этом все средства учреждений здравоохранения в зависимости от их принадлежности обращаются в собственность государства – Российской Федерации или субъектов Российской Федерации. Происходит круговорот публичных средств (государственной казны), не выходящих за его пределы и попутно преумножающихся из частных источников.

При оказании медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств государственной казны (по программам ОМС), товарообмена не происходит. Не производится товара для обмена на его оплату. Медицинские услуги учреждений здравоохранения, как и средства их оплаты, лишены значения продукта отчуждения: кру-

как элемент системы здравоохранения //Главврач, 2002, № 9, С.4-7; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Перепрофилирование неэффективных хозяйств учреждений здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 10. - С.11-13; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 11. - С.18-23; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Юридические основы хозяйственного управления имуществом учреждений здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 12. - С.13-21; Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Определенность и определимость отношений учреждений здравоохранения с кредитором //Главврач. – 2003. - № 1. - С.13-17; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Единство общеприменимости ориентиров и критериев оценки деятельности учреждений здравоохранения //Главврач. – 2003. - № 2. - С.14-20; Тихомиров А.В. Поступление в бюджет имущества, создаваемого учреждением: на учет или в распоряжение? //Главврач. – 2003. - № 3. - С.24-27; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационное положение учреждения здравоохранения в системе здравоохранения //Главврач. – 2003. - № 4. - С.17-28; Тихомиров А.В. Учреждение как хозяйствующий субъект: отношения с собственником //Российская юстиция. – 2003. - № 4. - С.17-18; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Управление деятельностью учреждений здравоохранения: правовая характеристика //Главврач. – 2003. - № 5. - С.32-38; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Защита права самостоятельного распоряжения имуществом учреждений здравоохранения //Главврач. – 2003. - № 6. - С.28-31; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Потреблять нельзя воспроизводить: где ставим точку? //Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.13-17; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения: pro et contra //Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.24-41; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Правовое положение учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.7-16; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.28-35; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Перспективы существования учреждений в здравоохранении //Менеджер здравоохранения. – 2004. - № 1. - С.4-7; Стародубов В.И., Родин О.В., Тихомиров А.В. Юридические детерминанты организационно-имущественного устройства учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.18-27; Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Финансирование учреждений здравоохранения: дифференциация, реструктуризация, оптимизация управления //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.28-33; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Правовая модель управления имуществом учреждения здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 3. - С.3-12; Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Нормативные детерминанты хозяйственного положения учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 3. - С.20-27; Тихомиров А.В. Организационная целесообразность не обеспечивает юридическую корректность //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 4. - С.50-51; Тихомиров А.В. Способы повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения, финансируемой за счет средств казны //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 6. - С.38-41; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правового регулирования управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - С.26-33; Родин О.В., Тихомиров А.В. Консолидированный бюджет: распоряжение деньгами или власть денег? //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. - С.41-43.

говорот средств казны исключает смену собственности предоставлений – и то, и другое остаются в одной и той же имущественной принадлежности, перехода права на встречные предоставления не происходит. Иными словами, в закрытом контуре государство само себе продает и само у себя покупает продукт, предназначенный гражданам, потребителям, которые при этом остаются за рамками этого контура.

При оказании «платных» услуг государство через посредство принадлежащих ему учреждений здравоохранения, по существу, вступает с гражданами в отношения товарообмена, а это противоречит самой природе государства, поскольку оно состоит с ними в отношениях власти, неравенства. Оказанием «платных» услуг в государственных учреждениях здравоохранения создан дополнительный, полуоткрытый контур обращения в государственную собственность средств граждан помимо уплачиваемых ими налогов.

Составляющие деятельность учреждений здравоохранения медицинские услуги не становятся особыми или иными, отличными от оказываемых в частной медицине, от того, что оказываются государственными учреждениями здравоохранения и/или оплачиваются за счет средств государственной казны. Как и любые услуги, они конституируются в договорных отношениях с заказчиком, совпадает на его стороне в одном лице плательщик и получатель услуг или нет.

Особость медицинским услугам придает не субъект и не источник оплаты, а характер деятельности: медицинской является деятельность с особым объектом – здоровьем. В отличие от любой другой при медицинской деятельности осуществляется целенаправленное воздействие на здоровье. Такое воздействие обращено во благо пациента, хотя связано с тем или иным неизбежным умалением здоровья. Но это воздействие может нести с собою и вред здоровью, его необоснованное умаление. Поэтому медицинской является деятельность, объектом которой и в договорных отношениях, и в отношениях из причинения вреда является здоровье.

Субъекты медицинской деятельности (исполнители медицинских услуг) связаны при ее осуществлении с обоснованным и необоснованным умалением здоровья – соответственно, в договорных отношениях с заказчиком (плательщиком и потребителем на его стороне) и внедоговорных отношениях с пострадавшим (потребителем, если ему причинен вред).

Учреждения здравоохранения – не исключение. Однако, в условиях публичного администрирования работая на вход финансовых средств (поступление их в бюджетном кругообороте по программам ОМС и извне – от «платных» услуг), они не ориентированы на возможный выход этих средств (в порядке возмещения или компенсации вреда, сопутствующего медицинской деятельности) – такой статьи расходов просто не предусмотрено.

Более того, договорные отношения учреждений здравоохранения при оказании медицинских услуг

оформляются только по обязательствам перед плательщиком по программам ОМС (по аналогии – и при оказании «платных» услуг). Обязательства перед получателем медицинских услуг, пациентом не документируются никак. А информированное добровольное согласие пациента (на обоснованное умаление его здоровья) оформляется как вынужденная формальность («о последствиях предупрежден», «на операцию согласен») и поэтому смысловой нагрузки точки отсчета в его отношениях с учреждениями здравоохранения не несет. Во главе угла – оплата, а не то, взамен чего она производится.

**Находясь в административном подчинении органов управления здравоохранением, учреждения здравоохранения не становятся хозяйствующими субъектами.**

Находясь в административном подчинении органов управления здравоохранением, учреждения здравоохранения не становятся хозяйствующими субъектами. Между тем учреждения здравоохранения поставлены в условия имитации деятельности хозяйствующих субъектов в отраслевом обороте медицинских услуг, в частной медицине.

Если в гражданском обороте происходит переход права на встречные предоставления (медицинские услуги оказываются в обмен на их оплату), то в круговороте средств казны в государственном здравоохранении отчуждения предоставлений, смены ими собственности нет.

Если в обороте медицинских услуг хозяйствующие субъекты строят расходы по доходам, то в круговороте средств государственной казны учреждения здравоохранения призваны осваивать поступления в соответствии с административными предписаниями.

Если деятельность хозяйствующих субъектов в отраслевом обороте подлежит лицензированию и надзору, то применение аналогии к деятельности учреждений здравоохранения ведет не только к дублированию органами разрешительной системы в здравоохранении функций органов управления здравоохранения, но и к необходимости освоения органами разрешительной системы дополнительных средств государственной казны, что влечет для нее неоправданные потери.

Государству, оплачивающему необоснованные транзакционные издержки, дорого обходится видимость участия учреждений здравоохранения в обороте медицинских услуг.

Такая имитация ведет свое происхождение с начала противопоставления государства рынку в сфере охра-

ны здоровья, бесплатного здравоохранения частной медицине.

Изначально это связано с непониманием бюрократией модели организации сферы охраны здоровья в изменившейся формации. Из этого непонимания и возник термин канцелярита – «платные» услуги, хотя услуги по определению не могут быть бесплатными (вопрос лишь в том, кто их оплачивает).

С этого времени именно услуги стали подвергаться клеймлению – вплоть до государственных (бюджетных, публичных) услуг, хотя обозначает это не более чем указание встречного услуге предоставления – ее оплаты: из государственных (бюджетных, публичных) источников (или за счет граждан, потребителей – в случае «платных» услуг).

Такая подмена понятий позволила дальше больше распространяться двойному стандарту: в здравоохранении – одно, за его пределами в сфере охраны здоровья (т.е. в частной медицине) – другое. Государственное здравоохранение изначально противопоставляло себя частной медицине. Понятие «платных» услуг, сближающих учреждения здравоохранения с частными медицинскими организациями, исходно допускалось им как исключение.

Более того, частная медицина с самого начала принималась здравоохранением устроенной по своему образу и подобию. Не случайно в отсутствие необходимого для регулирования оборота медицинских услуг закона правовой вакуум заполнили подзаконные Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями<sup>3</sup> (притом что иных, кроме «платных», услуг частная медицина не оказывает и организована только в иных формах, кроме учреждений).

Постановление Правительства РФ об утверждении этих Правил к тому же, ссылаясь на закон «О защите прав потребителей», не соответствовало применимой норме этого закона<sup>4</sup>: Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями – не правила обслуживания потребителей (оказания услуг). Иными словами, вместо единых для всех – равно учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций – правил оказания медицинских услуг были введены правила различения «платных» медицинских услуг и «гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», т.е. по источнику оплаты.

В Правилах предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями сосредоточилось противопоставление и услуг, оплачиваемых за счет средств граждан и средств государствен-

<sup>3</sup> Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»

<sup>4</sup> Правила бытового и иных видов обслуживания потребителей (правила выполнения отдельных видов работ и правила оказания отдельных видов услуг) утверждаются Правительством Российской Федерации – ст.38 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 в редакции, действовавшей на момент издания Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями

ной казны, и потому учреждений здравоохранения – частным медицинским организациям в обобщении «лечебно-профилактических учреждений независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности», и источников финансирования медицинской деятельности (оплаты медицинских услуг).

В целом, с одной стороны, здравоохранение приобрело видимость оборота медицинских услуг, с другой – обособилось от их действительного оборота. Учреждения здравоохранения в условиях административного управления находятся в положении «свой среди чужих, чужой среди своих»: осуществляемая ими медицинская деятельность и ее последствия имеют гражданский, частноправовой характер, а финансирование этой деятельности – публичный, бюджетно-правовой режим.

Форма учреждений явно непригодна для медицинских организаций, как и нахождение их в публичной (государственной или муниципальной) принадлежности – это очевидный анахронизм. Но реорганизация учреждений представляет собой проблему: их преобразование в форму хозяйствующего субъекта связано с оформлением имущества в собственность этого субъекта, т.е. применительно к государственным или муниципальным учреждениям – с приватизацией государственного или муниципального имущества, на котором они основаны.

Учреждений как организационно-правовой формы нет ни в одной стране, кроме стран постсоветского пространства. Учреждения существуют в германской группе государств (Германия, Швейцария, Австрия), однако будучи основаны на собственном имуществе и не в здравоохранении. Соответственно, в мире нет и опыта их преобразования.

Министром здравоохранения РФ еще в 2004 г.<sup>5</sup> была продекларирована цель государства: некоммерческая трансформация учреждений здравоохранения без приватизации государственного имущества, на котором они основаны. Иными словами, предполагалось противоречие: преобразовать учреждения здравоохранения в негосударственные некоммерческие организации, но удержать при этом закрепленное за ними имущество в собственности государства – задача, не решенная до настоящего времени.

Реорганизация учреждений здравоохранения, хотя бы и в форму негосударственных некоммерческих организаций, означает их превращение в организации частные – не иные, чем в частной медицине. Тем самым государством взят курс на сращение практического звена здравоохранения и частной медицины. Вместе с тем с целью избежать «коммерциализации здравоохранения» государство планирует некоммерческое устройство трансформеров после преобразования учреждений здравоохранения.

Возникает вопрос о единстве понимания «коммер-

циализации здравоохранения», частной и некоммерческой медицины.

По российскому законодательству организации делятся на коммерческие и некоммерческие не по тому, какую (предпринимательскую или непредпринимательскую) деятельность они осуществляют, и не по тому, извлекают или не извлекают они из своей деятельности прибыль, и не только по тому, какую цель своей деятельности они ставят, а по тому, на что обращается прибыль в случае ее извлечения (п.1 ст.50 ГК): на распределение между участниками (учредителями) или только на цели воспроизводства, реинвестирования осуществляемой деятельности (за исключением потребительского кооператива – ст.116 ГК). За рубежом, по общему правилу, принято такое же деление (profitable и non-profitable organizations<sup>6</sup>). Учреждения отнесены законом к числу некоммерческих организаций (ст.120 ГК).

За рубежом также принято различать юридические лица публичного и частного права<sup>7</sup>. Аналогичное деление, существующее de facto, предлагается ввести de jure и в России<sup>8</sup>. Тем не менее, учреждения бюджетной сферы вообще и учреждения здравоохранения в частности – в отличие, например, от государственных корпораций – юридическими лицами публичного права не признаны даже de facto. Напротив, кроме так или иначе находящихся в публичной принадлежности, прочие юридические лица – коммерческие и некоммерческие организации – являются частными.

Кроме деления организаций на коммерческие и некоммерческие, в России, в отличие от стран иных, чем постсоветских, принято также противопоставлять предпринимательскую (п.1 ст.2 ГК) или приносящую доходы<sup>9</sup> любой иной деятельности (хотя характер такой иной деятельности никак не раскрыт в законодательстве). Между тем разграничение вполне понятно: предприни-

### Учреждений как организационно-правовой формы нет ни в одной стране, кроме стран постсоветского пространства.

мательской является деятельность, результат которой имеет форму товарного предоставления; если не имеет – деятельность не является предпринимательской.

6 Электронный ресурс: URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Nonprofit\\_organization](http://en.wikipedia.org/wiki/Nonprofit_organization) (дата обращения 05.06.2013)

7 Зенин И.А. Гражданское и торговое право зарубежных стран: Учебное пособие, руководство по изучению дисциплины, практикум по изучению дисциплины, учебная программа / Московский государственный университет экономики, статистики и информатики. 5-е изд. Вып. 5 – М.: МЭСИ, 2005. – С.33.

8 Электронный ресурс: URL: <http://www.rg.ru/2011/03/10/kodeks.html> (дата обращения 05.06.2013)

9 п/п 5 ст.4 Федеральный закон от 26 июля 2006 г. N 135-ФЗ «О защите конкуренции»

5 Электронный ресурс: URL: [http://medgazeta.rusmedserv.com/2004/31/article\\_979.html](http://medgazeta.rusmedserv.com/2004/31/article_979.html) (дата обращения 19.05.2013) Медицинская газета № 31 от 23 апреля 2004 г.

Наличие в законодательстве различия коммерческих и некоммерческих организаций наряду с различием предпринимательской и непредпринимательской деятельности порождает законодательные интенции по-разному распределить соотношение между ними: например, наряду с признанием адвокатских образований некоммерческими организациями адвокатская деятельность вопреки тому, что ее результат имеет форму товара (услуги), признана непредпринимательской<sup>10</sup>.

В здравоохранении деятельность учреждений бюджетной сферы не получила никакого законодательного определения. А подмена гражданско-правовой имущественной зависимости от собственника (государства) публично-правовой (административной) субординацией органам управления здравоохранением сводит на нет любое определение их деятельности как деятельности (предпринимательской или непредпринимательской) в гражданском обороте. Отнесение организационно-правовой формы учреждений к числу некоммерческих организаций (ст.120 ГК) при этом не имеет никакого значения.

Следовательно, вывод учреждений здравоохранения в гражданский оборот через смену их организационно-правовой формы – это и способ приведения характера их деятельности к таковому хозяйствующих субъектов в частной медицине. Даже оставаясь в форме частной некоммерческой организации, после реорганизации учреждений здравоохранения деятельность трансформеров приобретет обычный предпринимательский характер – с результатом, имеющим форму товара (услуги). В форме частной некоммерческой организации они обязаны направлять извлекаемую прибыль на цели воспроизводства, реинвестирования осуществляемой предпринимательской деятельности.

**Смысл партикуляризации учреждений бюджетной сферы заключается в разделении юридической судьбы субъекта (юридического лица) и объекта (имущества, на котором оно основано).**

Отсюда ясно, что частной является одинаково и коммерческая, и некоммерческая медицина: будучи некоммерческой, она не становится менее частной, как и коммерческой.

Правовой механизм пригодной для бюджетной сферы в целом бесприватизационной трансформации государственных учреждений здравоохранения в частные организации (т.е. их партикуляризации) был

предложен еще в 2004 году<sup>11</sup>. Смысл партикуляризации учреждений бюджетной сферы заключается в разделении юридической судьбы субъекта (юридического лица) и объекта (имущества, на котором оно основано). Предваряющее реорганизацию учреждений бюджетной сферы изъятие закрепленного за ними имущества позволяет сохранить его в публичной принадлежности (с последующей передачей в доверительное управление с обременением целевым назначением). Собственно преобразование таких юридических лиц в этом случае возможно с наделением их уставным капиталом в любые организационно-правовые формы коммерческих или некоммерческих организаций. Возможна также реорганизация учреждений бюджетной сферы с изменением правового положения медработников и превращением их в индивидуальных предпринимателей, впоследствии объединяемых в некоммерческие партнерства.

Что же касается опасений «коммерциализации здравоохранения», то – в негативном значении превращения медицинской помощи в предмет наживы<sup>12</sup>, т.е. выгоды, полученной недобросовестно, нечестно (с обманом, плутовством, махинациями). Именно в этом состоит общественное неприятие частной медицины.

Частная медицина в российской действительности сформировалась по образу и подобию бизнеса в реальном секторе экономики со своими маргинальными отличиями. И тому есть свои причины.

Это, во-первых, отсутствие единого междисциплинарного тезауруса, понятийного (категориального) аппарата, закрепленного законодательно во избежание неоднозначного толкования и взаимно гармонизированного.

Если ГК определяет услугу как действия или деятельность (п.1 ст.779), и НК – как деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п.5 ст.38), то медицинской услугой Закон об основах охраны здоровья граждан<sup>13</sup> признает медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (п/п 4 ст.2). Иными словами, вместо развития норм общего законодательства в соответствии с особенностями медицинской услуги нормы специального законодательства просто устанавливают для нее свое особое определение – особенность объекта подменяется особостью законодательной

<sup>11</sup> Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 5. - С.28-30; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 2. - С.19-25; Тихомиров А.В. Разгосударствление учреждений социальной сферы без приватизации закрепленного за ними имущества //Бизнес, менеджмент и право. – 2009. - № 3. – С.94-95.

<sup>12</sup> Большой толковый словарь русского языка. - 1-е изд-е: СПб.: Норинт. С. А. Кузнецов. - 1998.

<sup>13</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

<sup>10</sup> п.2 ст.1 Федерального закона от 31 мая 2002 г. № 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации»



дефиниции. И определение услуги нормами общего законодательства далеко от совершенства, и релевантная норма специального законодательства ущербна, поскольку осталось неопределенным, какое значение в чем должно найти законченность и к чему относится самостоятельность медицинского вмешательства или комплекса медицинских вмешательств в структуре медицинской услуги.

Неоднозначность законодательства создает проблемы в административном и судебном правоприменении.

Органы лицензирования и государственного надзора в здравоохранении по своему усмотрению интерпретируют нормы, создавая новые и новые административные барьеры для медицинского бизнеса.

Суд при толковании негармонизированных норм права испытывает затруднения при отправлении правосудия.

Во-вторых, это отсутствие специального законодательства, адекватного реалиям и специфике оборота медицинских услуг.

Есть значимые отличия услуг от вещественных товаров, как и прочих услуг от медицинских. Эти отличия сказываются равно на формировании договорных и возникновении внедоговорных обязательств. Такие особенности включают характеристики сложности не только объекта, но и субъекта правоотношений: медицинские услуги оказывает хозяйствующий субъект-работодатель, а собственно медицинскую помощь – медицинский работник. Работодатель несет ответственность перед потребителем имущественную, гражданско-правовую, работник – перед работодателем трудовую, а перед потребителем – персональную, уголовную за причинение тяжкого вреда здоровью или смерти. Регрессные гражданско-правовые требования работодателя к работнику ограничиваются до минимума нормами трудового законодательства. При этом работодатель несет имущественную ответственность вне зависимости от величины вреда здоровью потребителя, причиненного работником – различается лишь соразмерность вреда возмещению (компенсации). Именно гражданская ответственность работодателя подлежит страхованию. Иными словами, работодатель в гражданском обороте всецело отвечает за профессионализм действий работника своим имуществом.

Медицинский работник, находясь с работодателем в трудовых отношениях, руководствуется правилами медицинской профессии. Эти правила никак не зависят от трудовой позиции медицинского работника. Не будучи писанными, эти правила вырабатываются и совершенствуются медицинским сообществом. Так обстоят дела за рубежом. В России в условиях приоритета ведомственно-трудовой позиции работника над его профессиональной автономией медицинское сообщество не сложилось, а вместо правил медицины действуют не заменяющие их нормативы (стандарты, Порядки) отраслевого министерства. В результате любой работодатель (и суд в случае спора, и судеб-

но-медицинская экспертная комиссия) оказывается в вакууме профессиональных правил, от соблюдения или несоблюдения которых зависят имущественные последствия.

Такая – вынужденная – зависимость предпринимательства не от своих действий создает почву для недобросовестного ведения бизнеса в отрасли, поощряя временщиков и способствуя их институционализации.

Частная медицина, развиваясь в худших традициях «дикого» капитализма, вызывает справедливое неприятие общества, а государство не видит в этом проблемы.

### Неоднозначность законодательства создает проблемы в административном и судебном правоприменении.

В-третьих, это наличие непригодного для регулирования оборота медицинских услуг массива нормативов и распространение их действия на частную медицину в отсутствие ответственности органов управления здравоохранения за правовую корректность этих нормативов.

Лицензирование медицинской деятельности не делает медицинские организации неуязвимыми для наступления правовой ответственности – без причастности к ней органов лицензирования.

Введение порядков оказания и стандартов медицинской помощи не освобождает субъектов медицинской деятельности от правовой ответственности – без причастности к ней федерального и региональных органов управления здравоохранением.

Администрирование контроля качества и безопасности медицинской деятельности (глава 12 Закона об основах охраны здоровья граждан) создает вертикаль субординации частной медицины отраслевому министерству. Однако за последствия своей деятельности хозяйствующие субъекты несут самостоятельную ответственность без причастности к ней контролирующих органов.

Если здравоохранение продолжает функционировать по административным правилам вертикали бюджетно-ведомственной субординации, а частная медицина – по частноправовым правилам горизонтали правовой координации, то распространение на частную медицину правил государственного здравоохранения не обеспечит адекватного правового регулирования оборота медицинских услуг: либо результат деятельности имеет форму товара, либо – нет.

Напротив, гражданско-правовые правила упорядочения частной медицины доступны для распро-

странения на практическое звено здравоохранения по единству характера осуществляемой деятельности – оказания услуг потребителям, осуществление товарных предоставлений.

Переход практического звена (учреждений) здравоохранения в трансформированном виде в частную медицину и означает, что трансформеры выбывают из-под публично-административного управления, пополняя сферу действия частноправовых начал.

Для частной медицины, вобравшей трансформеров и в силу этого приобретшей единство, становятся доступными единые правила организации отраслевого

**Переход практического звена (учреждений) здравоохранения в трансформированном виде в частную медицину и означает, что трансформеры выбывают из-под публично-административного управления, пополняя сферу действия частноправовых начал.**

оборота: на всех субъектов медицинской деятельности распространяются одинаковые требования закона.

Остается унификация того, в какой точке сходятся требования закона к медицинской деятельности в гражданском обороте с учетом ее характера и специфики. Проблема в том, что, будучи осуществляема равно в договорных и внедоговорных (деликтных) обязательствах по поводу здоровья, медицинская деятельность нуждается в приведении к единой для исполнителя и заказчика (плательщика и потребителя) мере ее оценки. В противном случае оценка разными мерками в разных системах координат создает проблемы для судебного правоприменения, обуславливая возможность вынесения неправосудных решений.

Единственное, в чем сходится фокус равно правовых требований, интересов государства и общества (пациентов и субъектов медицинской деятельности), это – недопущение недостатка (ст.1095 ГК) применительно к качеству и безопасности медицинских услуг. Именно мера оценки недостатка качества и безопасности медицинских услуг нуждается в согласовании специальным законодательством, административным и судебным правоприменением в стране, а определение и измерение такого недостатка – функция медицинского сообщества. Такой подход пригоден и к условиям действия разных правовых режимов (например, в отношениях въездного и выездного медицинского туризма).

С момента приобретения частной медициной единообразия государство становится равноудаленным от всех субъектов медицинской деятельности. Это означает, что в силу разности имущественной принадлежности встречных предоставлений возможен товарообмен. Эффективность товарообмена зависит

от состояния не только товарных институтов (производящих медицинские услуги), но и финансовых институтов в отраслевом обороте.

В настоящее время оплата медицинских услуг за счет средств казны (за счет налогоплательщиков) производится государством через внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования. Между государственными внебюджетными фондами и государственными учреждениями здравоохранения сформировалась целая сеть частных посредников – медицинских страховых организаций. В существующем виде и обязательное медицинское страхование не имеет страхового содержания, и посредническая цепь, естественно, не создает страхового продукта. Средства фондов осваиваются по административным нормативам, не препятствующим, однако, расходованию и фондов (федерального и территориальных), и медицинских страховых организаций средств на собственное содержание. Медицинские страховщики заинтересованы сохранить выделенные средства и поменьше заплатить учреждениям здравоохранения, а последние – побольше получить (такой конфликт интересов был заложен изначально<sup>14</sup>). В результате, наделенные правом контроля, медицинские страховщики массово налагают штрафы на учреждения здравоохранения, а те отвечают массовыми приписками подлежащих оплате страховщиками освоенных объемов.

Проблемы возникают не только в транзите средств государственной казны к конечному их получателю, но и в адекватности финансирования. Если прежде учреждения здравоохранения финансировались также и по смете собственника, то сейчас – только от доходов (т.н. одноканальное финансирование), прежде всего, в программах обязательного медицинского страхования. Тарифы же не позволяют оправдать даже производимые расходы, и не только в рамках административного управления. Если прежде участие в программах обязательного медицинского страхования было недоступно для частных медицинских организаций, то с недавних пор они вправе в них участвовать, чего, однако, не делают – именно по причине низких тарифов, препятствующих рентабельности. Рассчитанные по нормативам отраслевого ведомства, эти тарифы несоразмерны рыночным ценам и несопоставимы с объектом рыночной оплаты: медицинской услугой в государственном здравоохранении пока признаются койко-день, посещение и исследование.

В связи с этим финансирование здравоохранения нуждается в ином функционале и в иной институционализации: и порядок производства платежей, и алгоритм оплаты медицинских услуг должны быть изменены.

Бюджетный процесс предназначен для распределения средств государственной казны в рамках бюджетной сферы, но не для оплаты государством товарных предоставлений в пользу граждан. Товарообмен – и

<sup>14</sup> Тихомиров А.В. Медицинская услуга: Правовые аспекты. - М.: Филинь, 1996 - 352 с.

оказание услуг, и их оплата – складывается в сфере бюджетного распределения. Иными словами, распределение средств государственной казны происходит в бюджетном процессе, а отношения оплаты услуг, в том числе, в которых государство выступает плательщиком в пользу граждан, складываются за пределами бюджетного процесса – в гражданском обороте. Следовательно, после распределения в бюджетном процессе платежные средства государственной казны должны размещаться в гражданском обороте, в котором происходит товарообмен. Для этого необходима банковская трансформация внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования<sup>15</sup>. Тем самым распределение средств остается в бюджетном процессе, а платежный механизм выносится в гражданский оборот – в банковскую сферу.

Вместо оплаты набора отдельных медицинских услуг подушевое финансирование, в условиях персонализированной медицины привязанное к потребностям конкретного пациента, является предпочтительным – даже

перед диагностически-связанными группами. Если это товарообмен, то это обмен эквивалентными ценностями встречных предоставлений: применительно к медицинской деятельности величина обмениваемых ценностей определяется мерой объективных потребностей здоровья пациента – соответственно, и подушевой норматив должен быть персонализированным.

В условиях становления банковских платежей по социальным обязательствам государства, формирования персонализированного подушевого норматива и партикуляризации практического звена здравоохранения становится возможной нормальная структуризация отношений товарообмена в сфере медицинских услуг, а главное – включение пациента в эти отношения. Для этого достаточно наделить пациента банковской дебетовой картой, на которой в персонализированном размере разместить предназначенные для него средства государственной казны и с помощью которой именно он расплачивался бы за оказываемые ему медицинские услуги.

Таким образом, специальное законодательство в сфере медицинских услуг нуждается в комплексной гармонизации:

- с реалиями гражданского оборота в сфере охраны здоровья, с потребностями оформления экономических отношений, складывающихся по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг;
- с действующей в стране правовой доктриной и логикой общего законодательства;
- административного и судебного правоприменения в сфере охраны здоровья.

<sup>15</sup> Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17; Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.18-23; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Позиционирование органов размещения средств финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.5-9; Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22; Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.2-11; Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 5. - С.24-31; Тихомиров А.В. Реинституционализация здравоохранения: основные положения //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. - № 4. – С.38-40.

## А знаете ли Вы, что...

...начала формироваться правоприменительная практика по привлечению к административной ответственности за невыполнение нового лицензионного требования: введенного Постановлением Правительства РФ от 15.04.2013 N 342.

Управление Росздравнадзора по Республике Карелия провело внеплановую выездную проверку ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ». В ходе контрольно-надзорных мероприятий выявлено, что в больнице допущены нарушения правил хранения и учета наркотических средств и психотропных веществ: специальные журналы регистрации операций, связанных с оборотом данных препаратов, ведутся вразрез с действующим законодательством.

По результатам проверки Управление Росздравнадзора по Республике Карелия составило в отношении ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» протокол об административном правонарушении и передало все необходимые документы в судебные органы.

Рассмотрев материалы дела, Сортавальский городской суд признал учреждение виновным и назначил больнице административный штраф размером в 200 тысяч рублей.

По материалам публикации The Commonwealth Fund «International Profiles of Health Care Systems, 2012» Перевод с английского: А.В. Панов, М. А. Миселёва

## СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

В цикле статей приводятся обзоры систем здравоохранения следующих стран: Австралия, Канада, Дания, Франция, Германия, Япония. Каждый обзор охватывает медицинское страхование, государственное и частное финансирование, организационную структуру системы здравоохранения, меры по обеспечению качества медицинской помощи, доступности медицинского обслуживания, политика сдерживание расходов, последние реформы и инновации, а также другие вопросы функционирования систем здравоохранения

Ключевые слова: система здравоохранения

In a series of articles provides an overview of health systems from the following countries: Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan. Each review includes medical insurance, public and private funding, the organizational structure of the health system, measures to ensure the quality of care, access to health care cost containment policies, recent reforms and innovations, as well as other issues of health systems

Keywords: Health Care Systems

*Продолжение, начало в «Главный врач: хозяйство и право» 1/2013 г., 2/2013 г., 3/2013*

*От авторов перевода.*

*Каждое государство выстраивает свою систему здравоохранения сообразно экономической мощи государства, политической системы общества, существующих традиций, тем не менее, во всех государствах прослеживаются в целом одинаковые подходы к формированию системы здравоохранения, т.к. мир подвержен глобализации, что еще более становится актуальным для России, ставшей полноправным членом ВТО.*

### **СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФРАНЦИИ**

Автор Isabelle Durand-Zaleski, Universite Paris-Est Creteil

#### **Какова роль правительства?**

В 2009 году медицинские организации, пациенты и здравоохранение в целом попали под реформирование, осуществленное законом о региональном здравоохранении, который провозгласил создание региональных органов здравоохранения (Regional Health Agencies), получивших компетенцию по управлению территориями и муниципальными медицинскими

организациями общественного здравоохранения, мониторингу за состоянием здоровья проживающего населения, распределением финансирования. Региональные бюджеты здравоохранения (см. ниже) выделяют финансовые средства для Regional Health Agencies (далее RHA), которые используют целый ряд инструментов и стимулов для определения потребностей населения в медицинском обслуживании и заключают договоры с исполнителями медицинских услуг.

Периодически в RHA поступают целевые средства от национального правительства на цели координации деятельности, обеспечения круглосуточного доступа к медицинской помощи, формирования многопрофильных и междисциплинарных медицинских практик.

#### **На кого распространяется?**

Страхование является универсальным. Все граждане имеют право на государственное медицинское страхование (statutory health insurance (SHI), финансируемое за счет взимания налогов, установленных законодательством. Право на страхование возникает благодаря работе (по найму или за счет самозанятости для граждан и членов их семей), предоставления пособий (для граждан и членам их семей, которые стали безработными), а также в том случае, если граждане являются студентами или пенсионерами.

С момента введения всеобщего медицинского страхования (universal medical coverage (CMU) в 2000 году доступ к государственному медицинскому страхованию не имеют только 0,4 % населения.

Государство предоставляет медицинское страхование для эмигрантов, которые подали заявление о виде на жительство. Население из стран Евросоюза также обеспечивается государственным страхованием, для остальных граждан Европы, не входящих в ЕС, бесплатно предоставляется только скорая медицинская помощь.

Добровольное частное медицинское страхование (Complementary private health insurance (PHI), покрывает дополнительные медицинские услуги населения и иные околomedicalные (например, услуги психологов, диетологов), охватывает 95 процентов населения и предоставляется через работодателей. Существуют еще бесплатные дополнительные планы медицинского страхования, предоставляемые через специальные ваучеры (means-tested vouchers (CMU-C), выдаваемые беднейшим слоям населения Франции.

Страховые организации, предоставляющие государственное медицинское страхование, в целях создания конкуренции могут предоставлять добровольное частное медицинское страхование и специальные ваучеры CMU-C согласно законодательству от 2012 года.

## ЧТО ОХВАТЫВАЕТ?

### Услуги

SHI покрывает стационарное лечение, реабилитацию и физиотерапию; амбулаторную медицинскую помощь, которую оказывают врачи общей практики, врачи узких специальностей, стоматологи и акушеры - гинекологи; диагностические услуги; отпускаемые по рецепту лекарства, медицинские изделия; некоторые протезно-ортопедические изделия, транспортные услуги. Также страховка частично покрывает медицинское обслуживание для граждан с хроническими психическими расстройствами, предоставляет ограниченное страхование на амбулаторную помощь стоматологов и окулистов.

Вакцинация в рамках государственного медицинского страхования предоставляется для лиц старше 65 лет, которые страдают хроническими заболеваниями, для беременных женщин, новорожденных. Вакцинация против вируса папилломы человека предоставляется для девочек-подростков, проведение маммографии и скрининг на колоректальный рак бесплатны для лиц старше 50 лет. Другие профилактические услуги, в том числе вакцинация, оплачиваются непосредственно пациентам или через PHI.

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется в рамках т.н. трех национальных списков, включающих в себя медицинские услуги, лекарственные препараты и медицинских изделий, предоставляемых по SHI.

С 2004 года SHI обладает компетенцией по определению пакета льгот и установки цен по разделению

затрат, но в координации с Министерством здравоохранения (МЗ).

Лекарственные препараты и медицинские изделия для включения в списки формируются Министерством здравоохранения, в то время как медицинские услуги формируются SHI в соответствии с указаниями Национального органа в области здравоохранения (National Authority for Health (HAS).

Для каждого элемента в списке SHI определены ставки возмещения и официальный тариф. Отдельный фармацевтический перечень охватывает стационарную медицинскую помощь, дорогие и инновационные лекарственные препараты и медицинские изделия.

В остальных случаях учитываются клинко-диагностические группы, на основании которых формируется спектр медицинского обслуживания госпитализированных пациентов.

### Разделение расходов

Различная степень соплатежей применяется ко всем медицинским услугам и лекарственным препаратам, предоставляемых в пакетах SHI и различается в зависимости от вида медицинской помощи (20% на стационарную помощь, 30 % амбулаторное обслуживание, 30 % на стоматологическую помощь), эффективности отпускаемых по рецепту лекарственных препаратов.

С недавнего времени введена система контроля первичного обращения за медицинской помощью (контролируется обоснованность 30 % посещений врачей общей практики и 50 % для посещений других врачей-специалистов)

В дополнение к сострахованию, полностью возмещаемому PHI, за исключением отказа пациента от использования дженериков или при необоснованном посещении врача, пациенты обеспечивают за свой счет следующие дополнительные выплаты до предельного ежегодного перекрытия:

- от €50 до €18 (US\$64- \$23) за сутки стационарного лечения;
- €13.50 (US\$17.20) в психиатрических палатах;
- €1.00 (US\$1.30) за одно посещение врача;
- €0.50 (US\$0.70) за один рецепт на лекарственные препараты;
- €2.00 (US\$2.60) за санитарный транспорт;
- €18.00 (US\$23) за стационарное лечение стоимостью выше €120.00 (US\$153).

Эти доплаты не изменились с момента их появления в 2008 году.

Врачи и стоматологи имеют право на т.н. extra-bill, то есть устанавливать более высокие цены, чем они определены в SHI, в т.ч. и в случае непокрытия PHI.

### Предельные значения расходов на медицинскую помощь

Отсутствие обязательных соплатежей распространяется на:

- лиц с любым из 32 хронических заболеваний (8600000 человек), которые перечислены в специаль-

ном перечне (HAS);

- лиц, которые пользуются универсальной медицинской страховкой (universal medical coverage (CMU, 2 миллиона));

- лиц, получающих специальные ваучеры для РНІ (CMU-C, 4 миллиона);

- лица, получившие инвалидность и производственные травмы на работе.

Больничные соплатежи применяются только к первым 31 дням в больнице, а по некоторым хирургическим вмешательствам пациенты вообще освобождаются от соплатежей.

### Дети и люди с низкими доходами освобождаются от обязательных доплат.

Дети и люди с низкими доходами освобождаются от обязательных доплат.

Начиная с 2000 года население с низкими доходами имеет право на бесплатные или субсидированные РНІ (CMU-C) на офтальмологическую, стоматологическую помощь, в отношении их не может применяться право врачей на extra-bill.

### КАК ФИНАНСИРУЕТСЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ?

#### Государственное финансирование

Государственные расходы составили 77 % от общего объема расходов на здравоохранение в 2010 году (OECD 2012).

SHI в основном финансируется за счет налогов на заработную плату с работодателей и работников (43%); иных целевых национальных налогов (33%), акцизов на табак и алкоголь (8%), предоставляются государственные субсидии (2%), а также целевое финансирование за счет других статей социальных расходов (8%).

Финансовые средства прежде всего аккумулируются на национальном уровне и распределяются в RHA согласно законодательству о национальном бюджете и предоставляются для:

- 1) государственных и некоммерческих больниц;
- 2) для частных больниц;
- 3) внебольничной помощи;
- 4) гериатрической помощи.

Дальнейшее региональное распределение производится RHA.

Покрытие расходов на тех, кто не имеет права на SHI или РНІ финансируется в основном государством через акцизы на табак и алкоголь и 5,9 % налога на прибыль

страховщиков, работающих в РНІ.

Деятельность SHI является некоммерческой, поэтому нет конкуренции в этой сфере государственного страхования между региональными отделениями.

Уровни взносов и размеры страховых возмещений различаются между собой.

SHI, РНІ и CMU-C совместно охватывают более 90 % населения:

- 1) наемных работников
- 2) сельских тружеников
- 3) самозанятых лиц.

SHI управляется Советом представителей с равным представительством от работодателей и работников (профсоюзы).

Каждый год парламент устанавливает предельное значение роста расходов в системе социального медицинского страхования на следующий год.

Возмещение расходов на лекарственные препараты и медицинские изделия в рамках SHI и РНІ основывается на базовых ценах, установленных Национальным тарифным комитетом.

#### Финансирование из частных источников:

В 2010 году расходы из частных источников составили 7,3 % от общего объема расходов на здравоохранение и в основном были использованы на стоматологические и офтальмологические услуги (OECD 2012).

РНІ составила 13,7 % от общих расходов на здравоохранение. Подобное возможно за счет того, что его деятельность также не основана на извлечении прибыли и представляет собой некий аналог касс взаимопомощи (mutual associations).

Для расширения доступа к РНІ в 2000 году создан специальный фонд, предоставляющий ваучеры РНІ для малообеспеченных лиц и членов их семей (CMU-C).

РНІ первоначально использовался для покрытия расходов только в рамках SHI услуг, но в настоящее время некоторые страховщики, работающие в РНІ, предоставляют дополнительное покрытие для тех медицинских услуг, которые не входят в SHI за счет предложения индивидуальных планов, позволяющих населению выбирать уровень охвата для каждого вида медицинской помощи.

#### Как организована система здравоохранения?

##### Врачи

Для большинства врачей индивидуальная практика продолжает оставаться общепризнанной нормой.

Большинство врачей занимается индивидуальной трудовой деятельностью (59 %). Из них врачи общей практики (GPs) составляют 68 %, что больше чем врачей иных специальностей (51%).

Самозанятые врачи получают оплату за оказанные ими медицинские услуги на основе системы оплаты за оказанную услугу (fee-for-service (FFS)).

По состоянию на 2011 год базовая стоимость одного посещения (€ 23 [US\$29]) врача пациентом одинакова

как для специалиста, так и для врача общей практики, однако она может различаться в зависимости от квалификации медицинского работника. Врачи имеют право взимать плату выше определенного уровня.

Кроме того, с 2009 года врачи получили возможность на дополнительную выплату за качество медицинского обслуживания через *pauper-performance system (CARI)*. (Смотрите ниже).

В 2004 году реформой о финансировании здравоохранения была введена законодательная норма о добровольном контроле за обоснованностью обращения к врачу для взрослых (от 16 лет и старше).

Хотя регистрация пациентов у GPs юридически не обязательна, но у граждан есть финансовые стимулы обратиться сначала к GPs, т.к. существуют более высокие доплаты за посещения врачей узких специальностей и выдачи рецептов без направления от GPs.

Более 85 % населения зарегистрировано у GPs.

Пациенты имеют право выбора врачей общей практики и врачей - специалистов.

#### Медицинская помощь во внерабочее время

Скорая помощь во внерабочее время и в неотложных случаях оказывается специализированными отделениями государственных больниц, частными больницами, которые подписали соглашение с RHA и получают за это финансовую компенсацию, индивидуально практикующими врачами, находящимся в договорных отношениях со службами по чрезвычайным ситуациям, а также в последнее время широкое распространение получает *maisons medicales de garde* – система оказания медицинской помощи во внерабочее время, финансируемая за счет SHI, с привлечением медицинских работников на добровольной основе для непосредственного оказания медицинской помощи.

Информация о тех, кто может предоставить медицинскую помощь во внерабочее время имеется у GPs, RHA, во всех медицинских организациях. Содержится в телефонных справочных, также предоставляется по линиям телефонных консультаций, организованных к примеру для больных сахарным диабетом. Кроме того, *maisons medicales de garde* самостоятельно распространяет информацию о своей деятельности.

#### Больницы

Две трети больничных коек в государственных или муниципальных больницах финансируются за счет SHI (90%), Phi (7%), или прямой оплатой пациента (3%). Кроме того, все больницы при университетах являются государственными. Все остальное представляет собой частные коммерческие клиники. Они находятся в частной собственности граждан, но все чаще принадлежат крупным корпорациям (например, *G n rale de Sant*).

Механизмы финансирования для частных больниц, такие как и для государственных, но распределение долей финансирования от SHI, PHI или личных расходов граждан значительно отличаются.

С 2008 года всем медицинским организациям рас-

ходы возмещаются посредством ориентации на клинко - диагностические группы, как перспективной системы возмещения расходов, которая применяется ко всем стационарам и амбулаториям. Государственные и муниципальные больницы получают дополнительное финансирование от грантов, которые идут на научно - исследовательские работы и обучение студентов (дополнительные 13 % к бюджету), также за участие в работе аварийно-спасательных служб, изъятие и трансплантацию органов (в среднем 10-11 % бюджета больницы).

Установленные соплатежи со стороны пациентов дополняют финансирование на основе клинко - диагностических групп и обеспечивают заработную плату врачей.

Начиная с 1968 года врачам разрешено наблюдать желающих пациентов в государственных больницах на платной основе.

Закон о региональном здравоохранении 2009 произвел реструктуризацию системы управления государственными и муниципальными больницами, предоставив существенную самостоятельность директорам больницы в определении больничной стратегии и в принятии решений, которые касаются операций.

#### Охрана психического здоровья

SHI покрывает госпитализации, амбулаторное лечение, предоставление лекарства и внебольничную помощь, но не финансирует амбулаторное лечение у психологов, не покрывает услуги психоанализа и индивидуальной психокоррекции.

Психиатрическая помощь предоставляется GPs и частнопрактикующими психиатрами, частично покрывается за счет SHI. При этом лицам, имеющим длительные психические заболевания, страхование покрывает все полностью.

Помощь, оказываемая в государственных и частных психиатрических больницах для взрослых и детей, финансируется SHI. Доплата для пациента составляет 20 % от установленного тарифа, который варьируется между больницами.

Социальная помощь и социальная поддержка предоставляются государственными органами и органами местным самоуправлением.

67 % пациентов с психическими расстройствами находятся под наблюдением амбулаторных учреждений, все остальные получают соответствующую помощь в медико-психологических центрах, дневных стационарах или им предоставляется помощь на дому.

25 % больных находятся весь день в стационаре, 9 % больных посещают стационар лишь на некоторое время.

Расходы по охране психического здоровья (деменции сюда не входят) составляют примерно 8 % от общих расходов на здравоохранение.

На стационарную помощь тратится две трети финансирования, одна треть идет на амбулаторное обслуживание населения и на внебольничную помощь.

Более 90 % расходов покрывается за счет SHI, а также иных источников, финансируемых как государством, так и ненекоммерческими организациями. Финансирование осуществляется на основании подушевых тарифов, рассчитываемых в рамках годового бюджета.

Частные психиатрические клиники взимают дополнительные суточные платежи к стандартным сборам.

### Частные психиатрические клиники взимают дополнительные суточные платежи к стандартным сборам.

### Уход за больными с хроническими заболеваниями

В настоящее время существуют четыре источника финансирования медико-социальной помощи для пожилых людей во Франции с хроническими заболеваниями.

1) Специальный Национальный фонд (The National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA), который получает ресурсы за счет SHI и т.н. Дня солидарности (Solidarity Day) (названный так в связи с одним неоплачиваемым работнику рабочим днем, который был введен в 2004 году), финансирующие медико-социальное обслуживание в домах престарелых и коммунальные услуги для пожилых людей, а также за счет специальных пособий на медико-социальное обслуживание на общую сумму почти €15 млрд (19 млрд. долл. США) в год;

2) за счет бюджетов муниципальных образований, которые обеспечивают более €2 млрд. (2,6 млрд. долларов США) в год нуждающимся в специальных пособиях;

3) за счет самих граждан и членов их семей, которые оплачивают медицинские услуги в домах для престарелых, что в среднем составляет €1500 (US \$ 1913) в месяц на одного жителя;

4) за счет PHI контрактов, которые покрывают страхованием расходы на медицинское обслуживание, не обеспечиваемое SHI, а также покрывают договорные расходы на коммунальные услуги, проживание.

### Как построена система управления здравоохранения?

Национальное управление здравоохранения (National Authority for Health (HAS) было создано правительством в 2004 году для того, чтобы улучшить управляемость характеристик качества медицинского обслуживания и гарантировать социальную справедливость доступа населения к здравоохранению.

HAS оценивает эффективность лекарственных пре-

паратов и медицинских изделий, организует издание руководящих принципов и требований к безопасности пациентов, занимается аккредитацией медицинских организации и выдает документы о квалификации врачей.

Экспертные оценки HAS о потребностях в медицинском обслуживании используются для определения размера налогов для финансирования SHI, закупочной стоимости лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Существующие медицинские технологии переоцениваются один раз в пять лет. Согласно социального законодательства от 2008 года переоценка включает в себя и их экономическую оценку.

Комиссия по экономической эффективности общественного здравоохранения (The Commission for Economic Evaluation and Public Health) была создана в HAS по совету HTA (Health Care Authority – программа, использующая систему оценок медицинских процедур с точки зрения их безопасности, эффективности)

Национальный союз фондов государственного медицинского страхования и Национальный союз страховщиков добровольного медицинского страхования были созданы в 2004 году и включают в себя все SHI фонды и частные медицинские страховые компании. Эта новая некоммерческая организация предоставляет возможность прямого диалога между правительством и представителями SHI, PHI и профессиональными медицинскими ассоциациями.

### Что делается для обеспечения качества медицинской помощи?

Обязательная система аккредитации под управлением HAS контролирует качество медицинской помощи в больницах, клиниках, а также получаемую амбулаторно. Больницы аккредитуются каждые четыре года группой экспертов.

Критерии аккредитации и отчеты находятся в открытом доступе на веб-сайте ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

CompaqH является специально разработанной национальной программой, которая публикует показатели эффективности работы медицинских организаций, итоговые доклады, установленные отчеты

Управление качеством и риск-менеджментом в больницах контролируется на общенациональном уровне Министерством здравоохранения, публикуется на специальном веб-портале PLATINES, который дает техническую возможность он-лайн предоставлять сведения о деятельности стационара, а также данные по контролю за внутрибольничными инфекциями. В настоящее время выплата премий или наложение штрафных санкций не зависит от данных публичной отчетности, хотя этот вопрос во многом остается спорным.

Каждые пять лет врачи согласно законодательства обязаны пройти внешнюю оценку своей профессиональной деятельности в форме аудита. Для врачей больницы аудит может быть выполнен в рамках



процесса аккредитации, но для частнопрактикующих врачей сертификация и переаттестация проводится независимым органом, уполномоченным HAS (обычно это профессиональные медицинские ассоциации по конкретным врачебным специальностям). Стоматологи и акушерки скоро тоже будут проходить аналогичную процедуру.

Кроме того, HAS также публикует руководящие клинические руководства и устанавливает стандарты качества медицинской помощи.

Национальные регистры заболеваний имеются, но как считается, они включают в себя слишком мало пациентов, чтобы на основании их достоверно судить о качестве медицинской помощи.

Закон о здравоохранении от 2004 года подчеркнул необходимость увеличения количества подобных национальных регистров, например, с болезнью Альцгеймера для повышения качества жизни пациентов с данными заболеваниями.

С 2010 года в рамках специального президентского указа ожидается дополнительное финансирование для других целевых групп (например, для пациентов с психическими расстройствами).

Частнопрактикующие врачи получают целевые стимулирующие выплаты посредством программы pay-for-performance programs (CPIs) при достижении целевых качественных показателей по уходу за астматиками, диабетиками, гипертониками, а также по вакцинации и в скрининге рака молочной железы.

#### **Что делается для обеспечения координации медицинской помощи?**

В 2002 году, в законе о правах пациентов и о качестве медицинской помощи были объединены разнообразные инициативы, согласно концепции "объединение усилий здравоохранения", в которой определенные формы управляемого медицинского обслуживания, направленные на укрепление координации, преемственности и междисциплинарный характер оказания медицинской помощи с особым акцентом на отдельных целевых группах населения, их состояния здоровья и индивидуальной нуждаемости в медицинской помощи.

Врачам дополнительно компенсируется, если они выступают координаторами по контролю за оказанием медицинской помощи хроническим больным (€40 [US \$ 51] на одного пациента). Частнопрактикующие врачи работают без медсестер. Поэтому медсестры, не работающие по найму в медицинских организациях получают оплату на основе принципа FFS и специализируются на оказании медицинской помощи больным на дому.

Врачи, объединенные в групповые практики, обычно не имеют индивидуального списка пациентов, все их совместные действия направлены на обеспечение непрерывного ухода за пациентами и взаимодействия по совместному использованию финансирования для развития групповых практик.

Около 40 процентов частнопрактикующих врачей участвуют в таких практиках.

Медицинские организации, частнопрактикующие врачи и медсестры совместными усилиями координируют взаимодействие между собой в целях контроля за состоянием здоровья пациентов, предоставления услуг, которые в настоящее время не входят в SHI (например, советы по питанию) для улучшения доступа к специализированным услугам и экспериментам с новыми моделями оказания медицинской помощи (например, медсестры выполняют те задачи, которые ранее выполняли врачи).

Исполнители медицинских услуг находятся в пределах одного региона, что позволяет им самостоятельно выбирать те виды услуг, которые они бы хотели оказывать и под них набирать медицинский персонал, с другой стороны они находятся под внешним контролем за качеством и безопасностью предоставляемых ими услугами.

Участие в оказании медицинских услуг является добровольным, как и добровольным является решение пациента к кому обращаться за медицинским обслуживанием.

Стимул обращения для пациентов заключается в том, что они могут получать те услуги, которые обычно не покрываются SHI (например, уход за ногами или советы по питанию для больных сахарным диабетом).

Стимулом для врачей является то, что профилактические услуги и обучение пациентов самообслуживанию могут быть оплачены SHI.

Некоторые страховые компании, предоставляющие страховки по PHI планируют развивать свои собственные объединения и по предоставлению медицинских и сервисных услуг, но дискриминация по ценам для попадания в эти объединения не допускается.

**Стимулом для врачей является то, что профилактические услуги и обучение пациентов самообслуживанию могут быть оплачены SHI.**

#### **Что делается в целях уменьшения неравенства в области здравоохранения?**

В Законе об общественном здравоохранении от 2004 года было изложено, что устранение неравенства по доступу к медицинскому обслуживанию становится национальным приоритетом, также в нем были установлены целевые показатели доступности медицинской помощи.

Реализация данной стратегии осуществляется управлением статистических данных Министерства здравоохранения и Национальным институтом профилактики и повышения квалификации.

На региональном уровне RHA были предоставлены конкретные полномочия для уменьшения неравенства в сфере здравоохранения через возможности заключения государственных контрактов, содержащих определенные финансовые стимулы, например, предлагая студентам – медикам работу в бедных районах, при условии, что они согласны не практиковать extra-billing.

В 2009 году больницы, пациенты, парламентарии в рамках закона о реформе территорий попытались улучшить доступ к медицинской помощи в бедных районах путем создания препятствий для врачей, кото-

**В 2009 году больницы, пациенты, парламентарии в рамках закона о реформе территорий попытались улучшить доступ к медицинской помощи в бедных районах путем создания препятствий для врачей, которые практикуют в местах с перенасыщенным предложением по медицинскому обслуживанию.**

рые практикуют в местах с перенасыщенным предложением по медицинскому обслуживанию.

Лоббирование интересов союзом врачей по отмене данного положения увенчалось успехом, но объединение медсестры все же согласились с подобной договоренностью.

В 2011 году в Законе о бюджете SHI был увеличен ежегодный порог дохода для тех, кто может рассчитывать на CMU-C. На 6 % в 2010 году и 4 % в 2011 году (в настоящее время 661 [US \$ 843]), а также установил целевые показатели по улучшению доступа для целевой категории населения к CMU-C, (в тех случаях, когда Gps отказывают в получении медицинской помощи, мотивируя пациентов оплачивать их услуги на основании extra-bill.

#### **Каков статус электронных медицинских записей?**

В 2008 году Генеральная инспекция по социальным вопросам опубликовала доклад, в котором подробно остановилась на более ранних проектах и представила шесть принципов, которым должны соответствовать технологии электронных медицинских записей (electronic health record (EHR)):

- 1) быть полезной для специалистов;
- 2,3) быть модульной и реализовываться постепенно, основываясь на возникающих потребностях;
- 4) должны быть развернуты в соответствии с согласованным графиком;
- 5) обеспечивать четкий баланс между информационными требованиями и защитой частной жизни пациентов;
- 6) иметь четкую систему управления.

В докладе содержится рекомендация о создании

специального координирующего органа на уровне правительства под председательством министра здравоохранения и включающего в себя членов парламента, представителей всех заинтересованных сторон, непосредственно призванных использовать и управлять проектом, а также о создании специального правительственного агентства, способного взять на себя ответственность по информационным технологиям здравоохранения (health information technology HIT).

Общая оценка стоимости разработки пилотного проекта равна € 900 млн (US \$ 1,15 млрд.).

Для улучшения взаимодействия уже существующих систем электронных записей и работы над созданием уникального идентификатора пациента было создано в 2009 году the Agency for Health Information Systems (ASIP Sante) - Агентство медицинской информации.

В 2011 году ASIP Sante начала работу в четырех регионах по реализации EHR. В настоящее время проект распространился по всей стране и в общей сложности охватывает 166 296 пациентов, что составляет пока 0,25 % населения Франции.

Помимо проекта EHR есть еще две сосуществующие системы HIT: одна для стационарного медицинского обслуживания (PMSI) - используется в больницах для выставления счетов SHI и вторая для пациента по выполнению ими требований о соплатежах при амбулаторном и стационарном лечении.

Национальная медицинская информационная система (National Health Insurance Inter-Plan Information System (SNIIR-AM)) была создана в 2004 году для соединения двух систем в одну всеобъемлющую, содержащую в себе специальный уникальный идентификатор, который позволяет связать PMSI и SNIIR-AM. В настоящее время идет ее экспериментальная проверка. Действующая сейчас система PMSI содержит информацию о медицинских диагнозах и процедурах, выполняемых во время приема, в то время как SNIIR-AM включает в себя только адресно-платежные реквизиты пациентов, а не медицинскую информацию, хотя некоторые ее данные напрямую связаны с медицинскими показаниями.

#### **Как контролируются расходы?**

Контроль над расходами является ключевым вопросом, так как медицинское страхование столкнулось с большим дефицитом за последние 20 лет.

Экономический спад представляет собой еще одну угрозу для государственного бюджета в целом (дефицит государственного бюджета на 2011 год составляет 5,2% ВВП [INSEE 2012]), а также сокращается доходная база взносов по медицинскому страхованию. Однако в последнее время бюджетный дефицит в системы страхования уменьшился. От ежегодного € 10 миллиардов - € 12 миллиардов (US \$ 13 млрд. - \$ 15 млрд.) в 2003 году до € 8,6 млрд. (11 млрд. долл. США) в 2011 году. Это снижение может быть частично обусловлено следующими изменениями, которые произошли в течение последних трех лет:

- сокращение числа коек интенсивной терапии в медицинских организациях;
- ограничения по количеству стоимости возмещения лекарственных препаратов;
- удаление 600 лекарственных препаратов из списка льготного лекарственного обеспечения за последние несколько лет;
- увеличение общего количество доступных лекарственных препаратов безрецептурного отпуска;
- требованиями по предоставлению только дженериков, если иное не указано в рецепте;
- введение системы контроля за обоснованностью первичного обращения за медицинской помощью;
- более качественное сопровождение больных с хроническими заболеваниями.

С 2008 года использование ПНІ стало обязательным для некоторых лекарственных препаратов, посещений врача и предоставления санитарного транспорта.

По состоянию на 2011 года показатель возмещения стоимости расходов на лекарства был уменьшен, впервые диагностированная артериальная гипертензия была исключена из списка хронических заболеваний при которых не производятся соплаты населения, предоставление транспорта для хронически больных пациентов было поставлено в зависимость от медицинских показаний.

Однако ввиду экономического спада, дефицит, как ожидается, увеличится до € 14,7 млрд. (US \$ 18,7 млрд.) в 2012 году, в связи с сокращением доходов.

#### **Какие основные инновации и реформы были введены?**

Основные нововведения были в управлении государственными и муниципальными больницами и в создание RHA, которые объединяют медицинские организации и управляющие государственные органы на региональном уровне.

Эти новшества включают в себя больше, чем просто создание нового органа административного управления: в 2000 году был создан единственный отдел, берущий на себя ответственность за состояние здравоохранения и общественного здоровья, за контролем качества и безопасности медицинской помощью и социальными услугами, которые ранее были под контролем семи департаментов.

В апреле 2009 SHI была запущена первая серия индивидуальных контрактов с частнопрактикующими врачами (C APIs), которая ввела новые механизмы оплаты в дополнение к традиционной FFS и постоянной €40 (US\$51) за наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями, обеспечивая врачам максимум до € 5000 (US \$ 6375) в год дохода за каждого пациента (для повышения качества жизни болеющих астмой, диабетом, гипертонией, также для вакцинации и скринингу рака молочной железы).

Хотя изначально таким контрактам противостоял союз врачей во главе с его исполнительным органом, а также союз фармацевтических работников, которые

являются крупнейшими профессиональными объединениями, но все же примерно 16 000 врачей подписали эти контракты, и получили доплату в среднем € 3100 (US \$ 3953).

В 2012 году C APIs перестала быть индивидуальной характеристикой договорных отношений и стала составной частью договорного соглашения, подписанного между SHI и всеми GPs.

Проведение реформы по финансированию медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями является основной задачей на будущее. Французский Президент еще в 2008 году объявил, что такой специальный фонд будет создан. Тем не менее, дискуссии вокруг ресурсов для нового фонда продолжаются.

В сентябре 2012 года в SHI была создана программа, которая поощряла использование дженериков, а не запатентованных лекарственных препаратов под торговыми марками.

Эта программа делает выписку дженериков пациентам обязательной (если не указано иное врачом), в то же время предоставляет возможности проведения доплат пациентами за оригинальные препараты. Другими словами, только для тех больных, которые согласны вместо фирменных препаратов употреблять дженерики, данные лекарственные препараты будут бесплатными в аптеке, но если пациент захочет фирменный препарат – ему придется заплатить и ждать последующего возмещения расходов, но далеко не полном объеме. Не смотря на то, что пока рано оценивать эффективность данной программы, неофициальный доклад от фармпроизводителей показывает на резкое снижение продаж фирменных препаратов.

#### **Использованные источники**

1. Ameli (2012). (Web site: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/qu-est-ce-que-lecapi.php>).
2. Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernandez-Quevedo, C., and Mladovsky, P. (2010). "France: Health System Review," Health Systems in Transition, 12(6):1– 291.
3. CMU (2012) (Web site: <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>).
4. INSEE (2012). General Government National Accounts – First Results – Year 2011 (<http://www.insee.fr/fr/themes/inforapide.asp?id=37>).
5. Le Garrec, M., Bouvet, M., Koubi, M. (2012). Comptes nationaux de la sant 2011. OECD Health Data 2012.

О.В. Романовская

# ПОНЯТИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОМ ПРАВЕ<sup>1</sup>

В статье анализируются правовые основы оказания специализированной медицинской помощи. Проводится различие между первичной медико-санитарной помощью и первичной специализированной помощью. Обращено внимание на некоторые виды специализированной помощи, нуждающиеся в дополнительном регулировании (в частности, обращение с биомедицинскими клеточными продуктами). Исследуется порядок направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также порядок ее финансирования

Ключевые слова: медицинская помощь, биомедицина, высокотехнологичная медицинская помощь, финансовое обеспечение

This article analyzes the legal framework for the provision of specialized medical care. A distinction is made between primary health care and specialized primary care. Attention is drawn to certain types of specialized care they need additional regulation (in particular, the treatment of biomedical cellular products). We study the order referring the patient to a medical organization to provide high-tech medical care, as well as the order of its funding

Keywords: medical care, biomedicine, high-tech medical care, financial support

Статья 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>2</sup> (далее – Закон об основах охраны здоровья граждан) устанавливает правовые основы оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи.

Общее понятие специализированной медицинской помощи, установленное в законе стыкуется с общепризнанным определением, которое можно найти в любом медицинском словаре (только в сжатом виде): «высшая форма медицинской помощи, оказываемая врачами-специалистами в специально предназначенных для этой цели лечебных учреждениях или отделениях с использованием специальной лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария и оборудования»<sup>3</sup>. Положения закона развивает Порядок организации оказания специализированной медицинской помощи<sup>4</sup> закрепляет: «Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в учреж-

дениях здравоохранения при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий», что в некоторой степени не стыкуется с определением, используемым в Законе об основах охраны здоровья граждан. Это обусловлено тем, что Порядок был принят ранее вступления в силу указанного закона.

При определении специализированной помощи нередко ссылаются на номенклатуру медицинских организаций, утвержденную Приказом Минздравсоцразвития России от 7 октября 2005 г. № 627<sup>5</sup>. В данном документе утвержден перечень специализированных больниц, к которым относятся:

- восстановительного лечения, в том числе детская;
- гинекологическая;
- гериатрическая
- инфекционная, в том числе детская;
- наркологическая;
- онкологическая;
- офтальмологическая;

<sup>1</sup> Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 13-03-00132.

<sup>2</sup> Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

<sup>3</sup> См.: Большой медицинский словарь. 2000.

<sup>4</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16 апреля 2010 г. № 243н // Российская газета. 2010. № 138. 25 июня.

<sup>5</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2005. № 42.

- психоневрологическая, в том числе детская;
- психиатрическая, в том числе детская;
- психиатрическая (стационар) специализированного типа;
- психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
- туберкулезная, в том числе детская;
- курортная.

При определении специализированной медицинской помощи необходимо учитывать, что деятельность некоторых медицинских организаций (как раз оказывающих такую помощь) регулируется не только Законом об основах охраны здоровья граждан, но и специальными нормативными актами. К таковым следует отнести Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»<sup>6</sup>, Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»<sup>7</sup> и др. Действуют также положения об организации деятельности специальных медицинских учреждений. К таковым следует отнести Правила организации деятельности наркологического диспансера и наркологической больницы<sup>8</sup>, Положение об организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы)<sup>9</sup>, Положение об инфекционной больнице (отделении)<sup>10</sup>, Положение об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного кожно-венерологического диспансера<sup>11</sup>. Следует отметить, что в каждом из них указывается на оказание специализированной медицинской помощи. Так, в Положении об инфекционной больнице (отделении) предусматривается: «Инфекционная больница (отделение) является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим госпитализацию, консультативно-диагностическую и лечебно-профилактическую помощь инфекционным больным». Подчеркивается самостоятельный статус данного учреждения. Получается, что трактовке специализированной медицинской помощи необходимо руководствоваться не только нормами Закона об основах охраны здоровья граждан, но и нормами специальных актов, которые зачастую входят с ним в противоречие.

Возникают определенные трудности при разделении первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной помощи, поскольку обращение к врачу-специалисту может носить первичный

характер. Пациент вправе обратиться к тому же психиатру (наркологу, фтизиатру и т.д.), минуя визит к участковому врачу. Н.Б. Найговзина предлагает: «С целью разграничения форм организации медицинской помощи по уровням власти и закрепления источника финансирования специализированную медицинскую помощь целесообразно разделить на первичную специализированную медицинскую помощь, вторичную специализированную медицинскую помощь и третичную специализированную медицинскую помощь. Специализированная медицинская помощь первого уровня оказывается врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, самостоятельных или входящих в состав стационарно-поликлинических организаций здравоохранения, а также врачами-специалистами в рамках амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в больничных учреждениях и, возможно, в участковой больнице»<sup>12</sup>. Уже вторичная помощь мощь следует считать собственно специализированной. Третичная же будет имеваться высокотехнологичной.

Порядок организации оказания специализированной медицинской помощи предусматривает, что данный вид помощи осуществляется в медицинских организациях, а также иных организациях государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения – в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий по организации оказания специализированной медицинской помощи органам местного самоуправления, частной системы здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по осуществлению специализированной медицинской помощи. Сведения об учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь, носят открытый характер. На органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации возлагается обязанность по доведению до населения и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь соответствующей информации (в том числе посредством сети Интернет).

При отсутствии на территории субъекта РФ возможности оказания отдельных видов (по профилям) специализированной медицинской помощи орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения обеспечивает оказание населению отдельных видов (по профилям) специализированной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения других субъектов РФ, федеральных учреждениях здравоохранения, иных медицинских организациях, в том числе за счет средств субъекта РФ.

Направление граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздрава РФ, и для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется в соот-

6 Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

7 Собрание законодательства РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

8 Приложение № 19 к Приказу Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология» // Российская газета (специальный выпуск). 2013. № 90/1. 25 апреля.

9 Приказ Минздравсоцразвития РФ от 3 декабря 2009 г. № 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» // Российская газета. 2009. № 245. 21 декабря.

10 Приказ Минздрава РФ от 17 сентября 1993 г. № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации».

11 Приказ Минздрава РФ от 30 июля 2001 г. № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем».

12 Найговзина Н.Б. Специализированная медицинская помощь // Менеджер здравоохранения. 2006. № 12.

ветствии с установленным порядком<sup>13</sup>. В этом случае орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения осуществляет направление пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения при наличии следующих оснований:

- необходимость установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии;
- отсутствие эффекта от повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, в том числе хирургических, а также высокотехно-

**Основанием для госпитализации пациента в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи является решение комиссии федерального государственного учреждения по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи.**

логичной медицинской помощи;

- высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;
- необходимость дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями для последующего хирургического лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи;
- необходимость повторной госпитализации по рекомендации федерального государственного учреждения.

Если органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения принимается решения о плановом направлении пациента в федеральное государственное учреждение, то руководитель данного органа обеспечивает оформление на пациента Талона на оказание специализированной медицинской помощи по соответствующей форме. К Талону прилагается в электронном виде выписка из медицинской документации пациента, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю заболевания сроком давности не более 1 месяца.

Если для оказания помощи есть экстренные показания, то орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения обеспечивает направление пациента на госпитализацию в федеральное государ-

ственное учреждение по профилю заболевания пациента по предварительному согласованию с руководством федерального государственного учреждения.

Основанием для госпитализации пациента в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи является решение комиссии федерального государственного учреждения по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи. Основанием для рассмотрения на Комиссии учреждения вопроса о наличии у пациента медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи являются:

- упомянутый Талон;
- оформленный органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения документ, подтверждающий отсутствие эффекта проводимой терапии при оказании данного вида специализированной медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения или учреждениях здравоохранения субъекта РФ;
- выписка из медицинской документации пациента, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю его заболевания (сроком давности не более 1 месяца).

Необходимо подчеркнуть, что отсутствие у пациента какого-либо вида исследования не может являться основанием для отказа в госпитализации пациента в федеральное государственное учреждение, если отсутствие данного вида исследования не препятствует определению медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи.

В случае принятия Комиссией учреждения решения о наличии показаний для госпитализации федеральное государственное учреждение вносит информацию о предполагаемой дате госпитализации в оформленный на пациента Талон.

При обращении пациента в федеральное государственное учреждение без прохождения установленной настоящим Порядком процедуры направления для оказания специализированной медицинской помощи в случае наличия необходимости оказания специализированной медицинской помощи, в том числе по экстренным медицинским показаниям, Комиссия учреждения принимает решение о госпитализации с последующим уведомлением Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России или Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России для оформления Талона.

Орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения обеспечивает в случае необходимости проведение реабилитационных мероприятий пациентам после оказания специализированной медицинской помощи.

Разновидностью специализированной медицинской помощи является высокотехнологичная помощь. Закон

<sup>13</sup> Порядок направления граждан российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи // Приложение к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н.

об основах охраны здоровья граждан содержит ее общую характеристику: включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Многие из приведенных методов признаны весьма перспективными в развитии медицины, настолько, что предлагается принять специальные законы. Например, Министерством здравоохранения России разработан проект Федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов»<sup>14</sup>. Неоднозначная оценка сформирована по отношению к технологиям с применением эмбриональных стволовых клеток (ЭСК). Ожидается, что линии ЭСК эмбрионов человека найдут широкое применение в таких областях, как фундаментальные научные исследования, фармакология и восстановительная медицина. Изучение эмбриогенеза человека, возможно, позволит найти новые полипептидные соединения, участвующие в дифференцировке, пролиферации и регенерации, что может иметь терапевтическое применение. Возможно, будут выявлены и использованы для разработки новых лекарственных препаратов гены, ответственные за ранние этапы развития человека. Учитывая возможность самообновления и способность дифференцироваться в любые типы клеток, ЭСК человека представляют собой неисчерпаемый источник донорских клеток для трансплантации. Клетки, полученные путем дифференцировки из ЭСК, потенциально могут быть трансплантированы для восстановления функции клеток и органов при множестве заболеваний человека. К таким болезням относятся нейродегенеративные заболевания, цереброваскулярные нарушения, повреждения спинного мозга, сердечная недостаточность, сахарный диабет и другие. Количество пациентов, которые потенциально могут получить пользу от трансплантации ЭСК человека, несметно. Например, во всем мире насчитывается более 16 млн пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, и более 120 млн человек страдают сахарным диабетом<sup>15</sup>.

Биомедицинские клеточные технологии все активнее внедряются в современную систему здравоохранения, становятся неким флагманом развития. Рисуются значительные перспективы в борьбе с теми заболеваниями, перед которыми сейчас врачи просто бессильны. Неудивительно, что гостем студии Владимира Познера в апреле 2013 г. был профессор Константин Агладзе, который описал реалии своей научной работы. Суть в том, что лабораторным путем при помощи специального трехмерного каркаса из стволовых клеток взрослого человека выращена ткань сердечной мышцы человека. Данная технология не создает препятствий в ее этиче-

ской оценке, поскольку стволовые клетки выделяются из ткани взрослого человека. Уже сегодня новейшая технология 3D-биопринтинга, или трехмерной печати органов, начинает развиваться в России. Паоло Маккиарини, получив грант Правительства России, открыл Центр регенеративной медицины на базе Кубанского медицинского университета в Краснодаре. «Мы заливаем в принтер вместо чернил клетки и в соответствии с компьютерной моделью на специальной подложке получаем печать в 2D-формате. Печатаем слой за слоем, мы создаем орган в 3D-формате», – так объяснил идею трехмерной биопечати (она же биофабрикация) профессор Университета Вирджинии, научный руководитель компании 3D Bioprinting Solutions Владимир Мионов<sup>16</sup>.

Еще больше вопросов возникает с регулированием репродуктивных технологий, правовые основы которых заложены в статье 55 Закона об основах охраны здоровья граждан. В развитие принят Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению<sup>17</sup>. В то же время в отношении многих репродуктивных технологий до сих пор не сняты этические вопросы, отсутствует полноценное правовое регулирование (например, в отношении посмертного донорства половых клеток<sup>18</sup> и суррогатного материнства<sup>19</sup>).

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи первоначально утверждался Приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. № 1690н<sup>20</sup>. Однако данный Приказ опубликовывался в официальном издании без приложений, что послужило основанием принятия Решения Верховным Судом РФ от 10 июля 2012 г. № АКПИ12-875. Данным Решением признан недействующим пункт 28 перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи. В итоге: Приказ Минздрава России от 17 января 2013 г. № 13н<sup>21</sup>

**Биомедицинские клеточные технологии  
все активнее внедряются в современную  
систему здравоохранения, становятся неким  
флагманом развития.**

признал утратившим силу Приказ № 1690н. Приказом Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1629н<sup>22</sup> утвержден на 2013 г. перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи. Обращает внимание,

<sup>16</sup> Маркина Н. Напечатайте мне почку // Электронная версия журнала «Наука и жизнь» / URL: <http://www.nkj.ru/news/21766/>

<sup>17</sup> Российская газета (спецвыпуск № 78/1). 2013. 11 апреля.

<sup>18</sup> Романовский Г.Б. Правовое регулирование хранения половых клеток и эмбрионов // Медицинское право. 2010. № 2. С. 12-17.

<sup>19</sup> Романовский Г.Б. Правовое регулирование суррогатного материнства // Гражданин и право. 2010. № 10. С. 54 – 63.

<sup>20</sup> Российская газета. 2012. № 58. 16 марта.

<sup>21</sup> Российская газета (спецвыпуск № 78/1). 2013. 11 апреля.

<sup>22</sup> Российская газета (спецвыпуск № 78/1). 2013. 11 апреля.

<sup>14</sup> См.: URL: [http://www.rosminzdrav.ru/docs/doc\\_projects/905](http://www.rosminzdrav.ru/docs/doc_projects/905)

<sup>15</sup> Рубинов Б. Е. Эмбриональные стволовые клетки человека: новый путь для лечения болезней человека (перевод А. Смирновой) // Проблемы репродукции. 2004. № 4.

что перечень утвержден на год. Вряд ли такую практику можно признать целесообразной, высокотехнологичная помощь тем и отличается, что ее основные особенности за год не могут исчерпаться, благодаря чему она станет «стандартной» медицинской процедурой.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 декабря 2011 г. № 1689н<sup>23</sup> утвержден Порядок направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем примене-

**Закон об основах охраны здоровья граждан определяет также порядок финансирования специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.**

ния специализированной информационной системы. Направление граждан осуществляется органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, в котором создается специальная Комиссия по отбору пациентов для оказания ВМП. Направление в данную Комиссию осуществляют врачебные комиссии медицинских организаций, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, по рекомендации лечащего врача на основании выписки из медицинской документации пациента. Критерием принятия Врачебной комиссией решения является наличие медицинских показаний для оказания ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП. Решения приведенных комиссий оформляются протоколом. Обмен документами осуществляется, в том числе, с помощью электронных технологий.

Выписка из протокола решения Комиссии субъекта РФ направляется в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, а также направляется пациенту. Комиссией также оформляется специальный «Талон на оказание ВМП» (форма Талона утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012 г. № 212н<sup>24</sup>), согласование с медицинской организацией, оказывающей ВМП, предполагаемой даты госпитализации пациента для оказания ВМП с применением специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России, направление пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП в запланированный срок. Но и после этого пациенту необходимо получить согласие Комиссии, которая уже действует при медицинской организации, оказывающей ВМП.

Гражданин, если ему орган субъекта РФ не обеспечил направление на ВМП, может обратиться за ним непосредственно в Минздравсоцразвития РФ. Такое также возможно, если пациент не проживает на территории Российской Федерации или пациент не состоит на регистрационном учете по месту жительства.

Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в медицинскую организацию для оказания ВМП на любом этапе, а также действия (бездействия) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Закон об основах охраны здоровья граждан определяет также порядок финансирования специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Общий принцип достаточно прост: финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с видом учреждения здравоохранения: федеральные – за счет средств федерального бюджета, субъекта Российской Федерации – за счет средств регионального бюджета. Следует учитывать, что Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2004 г. № 872 «О федеральных учреждениях здравоохранения и федеральных учреждениях оздоровительного профиля» утвержден перечень федеральных специализированных медицинских учреждений. Финансовое обеспечение мероприятий по организации оказания специализированной медицинской помощи в частных организациях осуществляется за счет средств частных организаций здравоохранения<sup>25</sup>.

Аналогичный порядок действует по отношению к организациям, оказывающим ВМП. Постановлением Правительства РФ от 10 сентября 2012 г. № 904 утверждены Правила формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации<sup>26</sup>. На региональном уровне подобные правила утверждаются высшим коллегиальным исполнительным органом государственной власти субъекта РФ. Порядок финансового обеспечения также утверждается как на федеральном так и на региональном уровнях. Кроме того, Постановлением Правительства РФ от 21 декабря 2011 г. № 1062<sup>27</sup> утверждены Правила предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

При всем при этом создана парадоксальная ситуация. Положения Закона об основах охраны здоровья

<sup>25</sup> См.: Порядок организации оказания специализированной медицинской помощи. Утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 16 апреля 2010 г. № 243н.

<sup>26</sup> Собрание законодательства РФ. 2012. № 38. Ст. 5116.

<sup>27</sup> Собрание законодательства РФ. 2012. № 1. Ст. 107.

<sup>23</sup> Российская газета. 2012. № 35. 17 февраля.

<sup>24</sup> Российская газета. 2012. № 106. 12 мая.



граждан относительно порядка финансирования ВМП применяются до 1 января 2015 года. Что будет ожидать отечественное здравоохранение после этой даты (а осталось чуть более года), пока не совсем ясно. Не ясны и правила финансирования ВМП. Одно следует отметить точно: переложение бремени расходов на самого гражданина – путь в никуда. Единичное количество граждан сможет себе позволить оплатить расходы центров ВМП. Особенности ВМП заключаются еще и в том, что она высокочатратна. Право на медицинскую помощь (вне зависимости от ее вида) принадлежит каждому из нас в силу статьи 41 Конституции РФ. В этой же статье указывается: «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Таким образом появляется и второе опасение: не станет ли реальностью приватизация центров ВМП, поскольку только частные организации смогут оказывать такую помощь на платной основе без сомнений в их конституционности. Дабы предотвратить возможный сценарий развития собы-

тий, необходимо уже сейчас инициировать внесение изменений в статью 34 закона об основах охраны здоровья граждан.

Список источников:

1. Маркина Н. Напечатайте мне почку // Электронная версия журнала «Наука и жизнь» / URL: <http://www.nkj.ru/news/21766/>
2. Найговзина Н.Б. Специализированная медицинская помощь // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 12. – С. 4 – 14.
3. Романовский Г.Б. Правовое регулирование суррогатного материнства // Гражданин и право. – 2010. – № 10. – С. 54 – 63.
4. Романовский Г.Б. Правовое регулирование хранения половых клеток и эмбрионов // Медицинское право. – 2010. – № 2. – С. 12-17.
5. Рубинов Б. Е. Эмбриональные стволовые клетки человека: новый путь для лечения болезней человека (перевод А. Смирновой) // Проблемы репродукции. – 2004. – № 4. – С. 51 – 54.

### Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу “Роспечать”

ф. СП-1		ФГУП «ПОЧТА РОССИИ» УФПС г.Москва									
		<b>АБОНЕМЕНТ</b> на журнал	<b>47661</b> <small>(индекс издания)</small>								
		<b>Главный врач: хозяйство и право</b> <small>(наименование издания)</small>									
		Количество комплектов:									
на 2014 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X						
<b>Куда</b>		<b>Кому</b>									
<small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
		<small>(фамилия, инициалы)</small>									

		<b>ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА</b>									
		на журнал	<b>47661</b> <small>(индекс издания)</small>								
		<b>Главный врач: хозяйство и право</b> <small>(наименование издания)</small>									
		Количество комплектов:									
Стоимость	подписки	руб. коп.	Количество комплектов:								
	переадресовки	руб. коп.									
на 2014 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X						
<b>Куда</b>		<b>Кому</b>									
<small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
		<small>(фамилия, инициалы)</small>									

А.В. Тихомиров

# «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» И МЕДИЦИНСКИЙ ДЕЛИКТ (комментарий к законопроекту “Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи”<sup>1</sup> – 1)

В статье приводится проблематика медицинского деликта в контексте критики законопроекта об обязательном страховании пациентов от врачебной ошибки

Ключевые слова: врачебная ошибка, медицинский деликт, медицинское законодательство, суд по медицинским делам, страхование

Problems of medical tort in the context of criticism of the draft law on mandatory insurance of patients from a medical error are presented

Keywords: medical error, medical tort, medical legislation, medical litigation, insurance

Законопроект<sup>1</sup> «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» с момента обнародования получил достаточно широкое освещение в СМИ<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Электронный ресурс: URL: [http://www.rosminzdrav.ru/open/discuss/combating\\_corruption/19](http://www.rosminzdrav.ru/open/discuss/combating_corruption/19) (дата обращения 01.06.2013)

<sup>2</sup> Электронный ресурс: URL: Законопроект о страховании от врачебных ошибок вынесен на обсуждение - <http://ria.ru/society/20130415/932674687.html>; Страховка для пациента - <http://www.rg.ru/2013/04/15/oshibki-site.html>; Минздрав подготовил законопроект о страховании пациента от врачебных ошибок - <http://www.pharmvestnik.ru/pubs/lenta/v-rossii/minzdrav-podgotovil-zakonoproekt-o-strahovanii-patsienta-ot-vrachebnyx-oshibok.html#.UccyW5ZRKqс>; Законопроект о страховании от врачебных ошибок вынесен на обсуждение - <http://www.legis.ru/misc/news/22679/>; Последняя ошибка - <http://www.insur-info.ru/press/82395/>; Страховая защита заболевших - <http://expert.ru/2013/04/11/strahovaya-zaschita-zabolevshih/>; Минздрав разработал законопроект о страховании от врачебных ошибок - <http://svpressa.ru/society/news/66854/>; Кому выгодно врачебная ошибка - [http://www.rapsinews.ru/legislation\\_publication/20130423/267128298.html](http://www.rapsinews.ru/legislation_publication/20130423/267128298.html); Врачебные ошибки государства - <http://www.gazeta.ru/social/2013/04/15/5255877.shtml>; Расплата за диагноз - <http://www.newizv.ru/society/2013-04-23/181556-rasplata-za-diagnoz.html>; Начинается обсуждение законопроекта о страховании от врачебных ошибок - <http://meddaily.ru/article/16apr2013/oshibki>; Страхование от врачебной ошибки - <http://ostrakhovani.ru/vidu-strakhovaniya/meditsinskoe-strakhovanie/strahovanie-ot-vrachebnoy-oshibki>; Минздрав разработал закон об обязательном страховании от врачебной ошибки - <http://www.vz.ru/news/2013/4/15/628859.html>; Врачебные ошибки искоренят рублем - <http://www.baltinfo.ru/2013/05/08/Vrachebnye-oshibki-iskorenjat-rubleem-353287>; Убийца в белом халате. За ошибки врачей россиянам предлагают платить компенсации - <http://www.klerk.ru/law/articles/318279/>; Страховка от врачебных ошибок - [http://www.ins-union.ru/rus/news/18/news2\\_5](http://www.ins-union.ru/rus/news/18/news2_5); Законопроект о врачебных ошибках эксперты считают нежизнеспособным - <http://www.allinsurance.ru/AllDocs/IUVK11-96N7FC110413720?opendocument>; Сергей Смирнов: «Принципиальный вопрос – легко ли в России доказать врачебную ошибку» - <http://oreol-info.ru/item/sergeie-smirnov-principialnie-vopros-legko-li-v-rossii-dokazat>

Как и все законодательные инициативы отраслевого министерства последнего времени, этот законопроект предъявлен обществу явочным порядком. Якобы для обсуждения.

Якобы – потому, что негодную заготовку, как не обсуждай, лучшего не получишь: выбор между негодным и другим негодным небогат. Чтобы получить лучшее из хорошего, нужно иметь безупречную в своей основе заготовку, которую можно совершенствовать, понимая, что ей недостает для этого.

Разработать такую заготовку могут, во-первых, профессионалы-юристы; во-вторых, владеющие правовой доктриной и применимой в сфере охраны здоровья проблематикой действующего общего законодательства; в-третьих, специализирующиеся в этой сфере, знающие ее правовые проблемы и способные воплотить их в модели специального закона. Именно такая модель, свободная от упреков в несоответствии реалиям, правовой доктрине и здравому смыслу, может быть представлена для общественного обсуждения. Потому, что сомнению в этом случае подвержены частности, а не сама основа.

В связи с этим – сначала вкратце проблематика конструкции<sup>3</sup>.

Медицинский деликт – совсем не простое дело в [vachebnyu-oshibku-2.html](http://vachebnyu-oshibku-2.html); и др. (дата обращения 20.06.2013)

<sup>3</sup> Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта: учебно-научное пособие. - М., Юринфоздрав, 2012. – 110 с.

судебной практике. И она далеко не является сложившейся. Нередко по одним и тем же основаниям, по сходным обстоятельствам, суды выносят противоположные решения. И в этом - упрек недостаточности, пробельности законодательства, и не общего, а специального (т.е. призванного оформить специфику конкретных правоотношений, в данном случае - в сфере медицинских услуг, и предназначенного для регулирования отношений именно в этой сфере).

Опуская трудовые и административные правонарушения, врач может совершить преступление (уголовное) или гражданское правонарушение.

Уголовной является персональная ответственность. Она наступает, если действие или бездействие врача содержит ВСЕ признаки состава инкриминируемого ему преступления, по общему правилу, в диапазоне от причинения по неосторожности смерти (ч.2 ст.109 УК) или тяжкого вреда здоровью (ч.2 ст.118 УК) «вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей», также и средней тяжести вреда здоровью в случае «неоказания помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом» (ст.124 УК), а также независимо от величины вреда в случае «заведомого оставления без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние» (ст.125 УК). Это – наиболее общие составы, применимые к деятельности по медицинской профессии.

Гражданской является имущественная, а не персональная ответственность. Ее несет не врач, а его работодатель – равно по обязательствам в связи с оказанием медицинских услуг (ст.402 ГК) и вследствие причинения при этом вреда (ст.1068 ГК). Потом работодатель вправе обратиться в суд с регрессным иском к работнику, но Трудовой кодекс значительно ограничивает удержания из его зарплаты (по общему правилу – в пределах 20%) на этот случай.

Иск может быть заявлен и в уголовном процессе, и независимо от него. Если действия (или бездействие) врача квалифицируется не как преступление, то, по общему правилу, наступает только гражданская ответственность и только работодателя врача. Будучи причинителем de facto, врач не несет ответственности причинителя de jure.

Гражданское правонарушение вследствие нарушений в товарно-денежных отношениях (по поводу недостатков качества медицинских услуг) обычно врача не касается. А вот вследствие причинения вреда здоровью, т.е. по поводу недостатков безопасности медицинских услуг – касается напрямую. Правда, только в той части, которая зависит от врача. Потому

что в оставшейся части безопасность медицинских услуг зависит от организации процесса их оказания работодателем, а не работником.

Так же, как в медицине есть свой категориальный аппарат («этиология», «патогенез», «нозологические» и пр.), есть он и в юриспруденции. И для обозначения причинения вреда здоровью со времен римского права в юриспруденции существует понятие «деликт». Это не «врачебная ошибка» и даже не «дефект оказания медицинской помощи» (как записано в паспорте специальности «Судебная медицина»). Это то, что имеет четкую, формально определенную характеристику - значение, структуру и пр. Понятие деликта охватывает не только то, что зависит от врача или что включает лечебно-диагностический процесс. Это более широкий спектр недостатков предоставления как посягательств, определяющих различия деликта.

В целом подобные недостатки можно классифицировать по отдельности:

- техногенный деликт, когда пациенту причиняется вред вышедшими из-под контроля приборами, аппаратами, оборудованием и пр., представляющими собой источник повышенной опасности (ст.1079 ГК);

- потребительский деликт, когда пациенту причиняется вред случайно и вне связи с оказанием медицинской помощи (облился горячим кофе, порезался осколками оконного стекла в палате и т.д.);

- информационный (аконсенсуальный) деликт, когда пациент поступает за здоровьем в том объеме, с которым не согласился бы, будь должным образом информирован (например, молодой женщине производят удаление матки в связи с перфорацией, хотя в отсутствие экстренности возможна и обсервация с сохранением органа);

- ятрогенный деликт. Его можно назвать «дефектом оказания медицинской помощи», как принято у судебных медиков, с тем отличием, что имеется в виду дефект, влекущий правовые последствия. Это, прежде всего, отклонения от медицинских технологий, а также неправильные действия или неосновательное бездействие в отношении прогнозируемых осложнений – как в части предупреждения, так и в части устранения (например, ориентир на зияние голосовой щели после операции на щитовидной железе, предупредительная катетеризация мочеточников при экстирпации матки, эластичное бинтование конечностей перед операцией и пр.).

Пренебрежение этим влечет недопустимые телесные повреждения (а это понятие необходимо вернуть в юридический оборот), которые, очевидно, отличны от тех, без которых не обойтись (неизбежные, например, доступ к патологическому очагу), и тех, которые необходимы для устранения тех же осложнений (допустимые).

Потребительский, информационный и ятрогенный деликт применительно к специфике медицинской деятельности вытекают из формулировки ст.1095 ГК: «Вред, причиненный ... вследствие ... недостатков това-

ра, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге)»).

Как и в случае деятельности с источником повышенной опасности (ст.1079 ГК), допущение любого рода недостатка потребительского предоставления (ст.1095 ГК), т.е. в данном случае медицинской услуги, влечет ответственность независимо от вины причинителя.

А вредообразующим посягательством и является недостаток в информации или безопасности пациента при оказании медицинских услуг.

### **Вредообразующим посягательством и является недостаток в информации или безопасности пациента при оказании медицинских услуг.**

Такое посягательство результирует вредом – физическим (ст.1085 ГК) или моральным (ст.151 ГК).

Причинно-следственную обусловленность вреда посягательством устанавливает судебно-медицинская экспертиза.

В отличие от ст.1064 ГК – общей нормы, требующей наличия всех 4 элементов структуры деликта, его правовая квалификация в случае деятельности с источником повышенной опасности и отношений с участием потребителя установления вины не требует. Есть вина причинителя или нет – ответственность при установлении факта посягательства, причинно обусловившего наступление вреда, наступает все равно на основании ст.ст. 1079 и/или 1085 ГК.

И в этом смысле правильно врачебной ошибкой предлагается считать (п/п.1 ст.1 законопроекта) «действие либо бездействие медицинской организации, а равно действие либо бездействие ее медицинского работника, повлекшее, независимо от вины медицинской организации и ее медицинского работника, причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи».

Но применительно к деликту для целей судебного правоприменения достаточно того, что дает действующее законодательство: Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет. Правила, предусмотренные настоящей статьей, применяются лишь в случаях приобре-

тения товара (выполнения работы, оказания услуги) в потребительских целях, а не для использования в предпринимательской деятельности (ст.1095 ГК). В чем необходимость выхолащивать смысл действующей нормы права с заменой понятия недостатка на понятия действия или бездействия?

Недостаточно другого – того, что должно восполнить законодательство специальное. От положений специальных законов в сфере охраны здоровья естественно ожидать развитие логики общего законодательства применительно к специфике медицинской деятельности. Например, требуется дифференцировать меру ответственности в зависимости от характера посягательства, ввести правила правовой оценки медицинской услуги и различных недостатков ее качества и безопасности, установить признаки правонарушения при квалификации посягательства и т.д.

Задача специального законодательства – адаптировать правоприменение в отрасли под нужды стимулирования эффективности медицинской деятельности, а не обложить эту деятельность веригами запретов и ограничений, а уж тем более – не создавать законом обход закона и суда.

Задача административного правоприменения, т.е. исполнительной власти, органов управления здравоохранением, органов надзора и лицензирования медицинской деятельности – обеспечить прежде всего безопасность пациента, чтобы предупредить причинение вреда его здоровью при оказании медицинских услуг.

Задача судебного правоприменения, органов правосудия – защита и восстановление нарушенных прав в сложившемся балансе законных интересов сторон и справедливое возложение ответственности на причинителей вреда в пользу пострадавших в условиях взвешенности и пригодности для этого законов, норм права.

Закон призван гармонизировать административное и судебное правоприменение на пользу обществу, а не делегировать исполнительной власти «строить» общество, как это уже устоялось в законах последнего времени.

Что уже есть из-за отсутствия продуманной законодательной политики в сфере охраны здоровья:

- специальное законодательство разобщено с общим;
- административное правоприменение разобщено с судебным;
- законодательство – само по себе, а правоприменение – само по себе.

И что объективно нужно – это закон «О безопасности пациентов», который и должен устранить пробельность и недостаточность законодательства применительно к специфике медицинской деятельности.

Что касается страхования – это не перемена лиц в обязательстве. И страховщик не становится в этом случае на место причинителя в отношениях с пострадавшим (попутно: страховщик не может стать и на

место пострадавшего, как и взыскать с причинителя в свою пользу - требования по обязательствам из причинения вреда личности непередаваемы - ст.383 ГК). Страховщик всего лишь замещает причинителя в качестве плательщика по обязательствам. Это не более чем институт финансовой субституции. Причинитель - не замещаем.

Страхование - это всего лишь институт держания имущественной ответственности (в данном случае - причинителя вреда). Страховщик не становится ответственным ВМЕСТО причинителя. Он всего лишь удовлетворяет имущественные требования пострадавшего к причинителю. И все. К нему нельзя предъявить требования как к причинителю. Он связан обязательствами перед страхователем, в том числе, если страхователем выступает причинитель - не более. Замены причинителя на страховщика в отношениях с пострадавшим не происходит.

Отношения страхования являются вторичными, следующими событию, обладающему признаками случайности и вероятности (страховому случаю), зависимыми. И самое главное - другими, отличающимися от отношений причинения вреда. Нет страхового случая - нет страхового покрытия ответственности за причинение вреда. При этом деликтные отношения не являются зависимыми от отношений страхования - возмещение вреда причинитель может осуществлять, не прибегая к страхованию.

И оценка деликта и страхового случая осуществляется в разных процедурах. Деликт устанавливается в судебной процедуре в порядке правовой квалификации на основании выбора судом применимой нормы права. Страховой случай предустановлен в качестве модели в договоре страхования, и факт просто сравнивается с этой моделью, не требуя установления судом (хотя в случае спора не исключен и суд).

Обсуждаемый законопроект сводит деликтные отношения к отношениям страхования. И ответственность за причинение вреда приводится не к преюдиции (установлению судом), а к мере договорных отношений причинителя (страхователя) со страховщиком.

Страхование - это субститут несения, а не возложения ответственности. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод (п.1 ст.46 Конституции РФ). Именно в судебной процедуре устанавливается или не устанавливается (в зависимости от выбора судом для квалификации применимой нормы права) вина, выясняется причинно-следственная обусловленность посягательством наступившего вреда. Для целей страхования нужно совершенно другое - идентифицировать наступление страхового случая. И в совершенно другой процедуре, предусмотренной договором. В условиях свободы договора (ст.422 ГК), лишь характер оформляемых отношений которым императивно определяется законом в рамках страхования (гл.48 ГК). Простой перенос аналогии правовой процедуры в отношения страхования не подменяет механизм правосудия, при этом лишая страхование страхового содержания.

Возвращаясь к обсуждаемому законопроекту (не касаясь необходимости изменения положения врача, о чем уже давно все сказано, но не услышано), основная проблема - в процедуре платежно-страхового покрытия «врачебной ошибки». С советских времен страховщики еще не утратили привычку устанавливать вину. И не заметили, как это стало прерогативой судебной власти в новое время.

Более того, страховщики привыкли обосновывать выплату страхового покрытия выводами своей экспертизы. А врачи привыкли считать, что «врачебная ошибка» - ненаказуемое деяние, выводящее их из-под ответственности.

Получается, есть, по меньшей мере, три независимых друг от друга и не соприкасающихся между собой подхода к врачебной ошибке: страховщиков (виновное деяние), врачей (ненаказуемое деяние) и закона (влекущее безвиновную ответственность). Как видим, акценты расставлены диаметрально различно. Оно и понятно. Страховщик в своих выплатах хочет зависеть от себя. Врачи хотят, чтобы профессия не была опасной для них. А закон придает повышенную социальную значимость опасности урона для потребителей.

И в суде «врачебная ошибка» квалифицируется по ст.1095 ГК, т.е. независимо от вины: не безвиновное деяние, а безвиновная ответственность. Деяние может совершаться и виновно, но ответственность наступает независимо от вины. Вина - как оказалось, это прошло незамеченным - перестала быть квалифицирующим признаком гражданско-правового посягательства в потребительских отношениях.

Зато закон предоставляет другие правовые инструменты для квалификации «врачебной ошибки». Причем те, которые составители законопроекта выплеснули за борт в своем определении этой «ошибки» - понятие недостатка заменено понятием действия или бездействия. И сразу искажен правовой смысл нормы. Нужны категории, которые сближают правовое и медицинское видение ситуации, а не новые отграничения. Если медицина уперлась в навязанные ей неправовым законом Об основах охраны здоровья категории порядков и стандартов (от которых остальной мир давно отошел, пытаясь найти нечто иное, и даже DRG - не замена), то Гражданский кодекс изначально содержит применимые и полезные инструменты такой конвергенции. Это - понятие недостатка. И задача закона в сфере охраны здоровья - дифференциально определить понятия недостатков качества (по платежным обязательствам, в том числе по программам ОМС) и недостатков безопасности (по внедоговорным, деликтным обязательствам - вследствие причинения вреда) медицинских услуг. И тогда все становится на свои места. Создается модель для сравнения с ней факта.

Достаточно всего лишь определения, измерения и оценки медицинской услуги и ее возможных недостатков - качества и безопасности. Если эти показатели будут ясны, едины и применимы для всех - медиков и

пациентов, страховщиков и судей, юристов и судебных медиков, - то почвы для разночтений и разногласий не станет.

В этом случае не возникнет проблем и со страхованием рисков медицинского деликта (уже не «врачебной ошибки»): единая мера, единые инструменты, единая оценка, что в досудебной, что в судебной процедуре.

За страховщиками, поражая их в правах, законопроект оставляет только обязанности – платить. При этом правами квалифицировать «врачебную ошибку» – причем, судя по составу (посягательство, вред, причинно-следственная связь), в качестве правонарушения - наделяются «территориальные органы уполномоченного федерального органа исполнительной власти», создаваемые ими Комиссии и независимая экспертиза.

Обсуждаемому законопроекту в целом может быть предъявлен единственный упрек – это попытка дублировать судебную власть в сфере охраны здоровья административно-страховым эрзацем.

Предположим (и, скорее всего, это будет мейнстрим), что в силу недостаточности страхового покрытия (или, что еще вероятнее, с требованиями о компенсации морального вреда, не охватываемыми предлагаемым законопроектом страхованием) пострадавший обращается в суд.

Будет ли суд руководствоваться выводами «территориального органа уполномоченного федерального органа исполнительной власти» и порожденных обсуждаемым законопроектом Комиссий и независимой экспертизы? Точно не будет: никакие обстоятельства для суда не имеют заранее предустановленной силы.

Может ли суд по итогам правовой процедуры установить обратное тому, что установлено «территориальным органом уполномоченного федерального органа исполнительной власти», Комиссиями и независимой экспертизой? Вполне.

Тогда какова цена выводов этих новообразований? И почему страховщики должны оплачивать эту цену? И вообще что им надлежит оплачивать? И почему страховое покрытие предусматривается законопроектом в отрыве от того, что установит суд? А почему причинитель должен подвергаться двойной процедуре и, по существу, двойной ответственности – в разных механизмах (внесудебном и судебном) возложения (!) одной и той же (гражданской, имущественной) ответственности за одни и те же последствия, по-разному интерпретируемые (как вред здоровью и как моральный вред)?

Чего достигают предлагаемые законопроектом нововведения?

Подмену механизма возложения органами правосудия на причинителя внедоговорной (деликтной) ответственности договорным механизмом страхового возмещения пострадавшему, публично администрируемым органами исполнительной власти. Иными словами, не деликт и не договор, а бюрократическое усмо-

трение, оплачиваемое страховщиками в неопознанной параллели правосудию.

В судебном процессе, где разрешаются споры о причинении вреда здоровью, в том числе, при оказании медицинских услуг, участвуют две стороны – ответчик и истец, с относительно недавнего времени – прокурор, могут быть третьи лица, заявляющие или не заявляющие самостоятельные требования на предмет спора, а дальше – те, чьи показания нужны для целей правосудия: свидетели, специалисты и пр.

В этом процессе не увидать органы управления здравоохранением – сверху донизу, от Минздрава до региональных министерств или департаментов, включая органы лицензирования медицинской деятельности. Получается, власть выбывает из-под ответственности.

Уже было предложено вернуть власть в лоно права<sup>4</sup>: «Закон Об основах охраны здоровья 2011 г. неисправим, но стал бы реализуемым в части последствий своей правовой некорректности, будь п.1 ст.98 дополнен следующим положением: «Государство несет совместно с причинителем имущественную ответственность за вред здоровью граждан, причиненный при:

- соблюдении причинителем стандартов, порядков и других нормативов, относящихся к полномочиям уполномоченного федерального органа исполнительной власти, других органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;

- несоблюдении уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, другими органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления предоставленных настоящим Законом полномочий в сфере охраны здоровья, в силу чего причинитель лишен возможности выполнить соответствующие стандарты, порядки и другие нормативы и избежать причинения вреда здоровью граждан;

- несоблюдении уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, другими органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления предоставленных настоящим Законом полномочий в сфере охраны здоровья, в силу чего наступили вредные последствия для здоровья граждан».

Это не сделает Закон Об основах правовым, но придаст ему справедливость правового закона, однако при этом неисполнимость Закона Об основах опустошит государственную казну, сохраняя системность его пороков. Отсутствующая регулятивная эффективность восполнится лишь компенсацией несправедливости».

Теперь посмотрим, где место органов управления здравоохранением в обсуждаемом законопроекте:

<sup>4</sup> Тихомиров А.В. Основные положения специального федерального конституционного закона о регулировании медицинской деятельности // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. - № 5. – С.16-21

- установление имевшей место врачебной ошибки, а также причинно-следственной связи между врачебной ошибкой при оказании медицинской помощи и причинением вреда жизни и здоровью пациента осуществляется «территориальным органом уполномоченного федерального органа исполнительной власти» в порядке, установленном «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п.1 ст.10);

- «территориальный орган уполномоченного федерального органа исполнительной власти» за счет страховщика по данному расследуемому страховому случаю назначает независимую экспертизу, а «территориальным органом уполномоченного федерального органа исполнительной власти соответствующего субъекта Российской Федерации» создаются и действуют на общественных началах Комиссии по установлению причинно-следственной связи между врачебной ошибкой и причинением вреда жизни и здоровью пациента (ст.10);

- «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» устанавливаются форма типового договора обязательного страхования, заявления страхователя о заключении договора обязательного страхования, страхового полиса обязательного страхования и документа, содержащего сведения о страховании (п.10 ст.11);

- в «территориальный орган уполномоченного федерального органа исполнительной власти» страховщик обязан направить в течение семи дней с момента получения принятые от застрахованного лица (выгодоприобретателя) документы о страховой выплате, установленные правилами обязательного страхования (п/п.4 п.2 ст.14).

А где ответственность перечисленных органов за корректность выполнения своих функций, отражающуюся на интересах остальных, непосредственных участников отношений причинения вреда и страховой субституции ответственности?

Этого в законопроекте нет.

А ведь ниточка еще тянется к тому же более раннему Закону Об основах охраны здоровья граждан 2011 г. Именно этим законом установлена вереница нормативов, ограничений и «выстраивания» всех, кто попал.

В связи с этим возьмем становящуюся стандартной ситуацию, когда субъект медицинской деятельности – с полным соблюдением оторванных от реалий Стандартов и Порядков Минздрава – причиняет вред здоровью пациента. В цепочке отношений последнего со страховщиками – несурзаца исполнения перечисленных функций шибко органов управления здравоохранением. Что на выходе? Причинитель устраняется от ответственности? Пострадавшему закрывается дорога в суд? Хотя бы какое значение придает суд всем этим нормативам? Органы управления здравоохранением несут ответственность в своей части обязывания субъектов медицинской деятельности и страховщиков? Нет.

В причинно-следственной зависимости от административных нормативов оказывается причинитель

– потому что соблюдал их, а не руководствовался интересами здоровья пациента; страховщик, «попадающий» на деньги – потому что следовал предписаниям, открывающим свободу усмотрения кому угодно, только не ему; пострадавший – потому что его свободу распоряжения собственным здоровьем и право требования возмещения вреда Минздрав поставил в зависимость от своих нововведений – правда, не будучи в состоянии запретить ему обращаться в суд.

Таким образом, на повестку дня – еще до обсуждения настоящего законопроекта – нужно озаботиться другим законопроектом: О страховании Минздрава от перечисленных выше рисков. Речь идет о ст.965 ГК – с обязательной суброгацией, которой страховщики не преминут воспользоваться.

Обсуждаемый законопроект целесообразно рассмотреть и с позиций экономического анализа права (или экономики права), суть которой применительно к сфере охраны здоровья в России рассматривалась ранее<sup>5</sup>.

С учетом изложенного можно рассмотреть влияние обсуждаемого законопроекта на состояние транзакционных издержек и коррупции в связи с ними.

У нас не стоит вопрос о прагматической экономичности норм права или, тем более, административного правоприменения (исполнительной власти – органов управления здравоохранением), как и о взвешенности рассмотрения специфичных медицинских дел в судебном правоприменении.

К тем издержкам, которые описаны в названных выше публикациях, законопроект добавляет много новых – тех, которые складываются от увеличения легальных затрат (равно страховщиков и органов управления здравоохранением) и нелегальных поборов, взяток бюрократии. Действительно, пациент, как обычно, остается статистом, служащим основанием,

**Обсуждаемому законопроекту в целом может быть предъявлен единственный упрек – это попытка дублировать судебную власть в сфере охраны здоровья административно-страховым эрзацем.**

по поводу которого ведут торг с бюрократией те, кто должен потратиться (причинитель, не заинтересованный, чтобы «сгорел» страховой взнос, и страховщик, незаинтересованный в выплате страхового покрытия). А плюс еще – оплата независимой экспертизы. Да и общественная Комиссия «за так» едва ли будет собираться.

<sup>5</sup> Тихомиров А.В. Экономика права в здравоохранении: проблемы действующего законодательства //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 2. – С.37-41; Тихомиров А.В. Экономика права в здравоохранении: проблемы судебного правоприменения //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 5. – С.35-39

Теперь посмотрим, где место взяточничеству в обсуждаемом законопроекте:

1. уполномоченный федеральный орган исполнительной власти:

- установление порядка установления имевшей место врачебной ошибки, а также причинно-следственной связи между врачебной ошибкой при оказании медицинской помощи и причинением вреда жизни и здоровью пациента (п.1 ст.10);

- установление формы типового договора обязательного страхования, заявления страхователя о заключении договора обязательного страхования,

**Любого рода ссылки на зарубежный опыт несостоятельны. Там дела обстоят с точностью до наоборот, чтобы можно было сравнивать.**

страхового полиса обязательного страхования и документа, содержащего сведения о страховании (п.10 ст.11);

2. территориальный орган уполномоченного федерального органа исполнительной власти:

- установление имевшей место врачебной ошибки, а также причинно-следственной связи между врачебной ошибкой при оказании медицинской помощи и причинением вреда жизни и здоровью пациента (п.1 ст.10);

- назначение за счет страховщика независимой экспертизы по расследуемому страховому случаю (ст.10);

- создание на общественных началах Комиссии по установлению причинно-следственной связи между врачебной ошибкой и причинением вреда жизни и здоровью пациента (ст.10);

- принятие направляемых в течение семи дней с момента получения принятых от застрахованного лица (выгодоприобретателя) документов о страховой выплате, установленных правилами обязательного страхования (п/п.4 п.2 ст.14).

Иными словами, фокусом принятия обязательного для подвластных (причинителя вреда, пострадавшего и страховщика) решения являются вовсе не общественные Комиссии и не независимые экспертизы, а «территориальный орган уполномоченного федерального органа исполнительной власти», действующий на основании Порядков, выработанных «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Экономически теряющие – это причинитель вреда и страховщик. Вот они и будут конкурировать за дачу взятки должностным лицам «территориального органа уполномоченного федерального органа исполнительной власти», а каналами продвижения коррупционного продукта будут выступать, прежде всего, те самые

общественные Комиссии. Известно, что общественностью очень легко прикрыться именно бюрократии – это и опыт существования Общественной палаты РФ и всевозможных Общественных советов при ведомствах, и общественных слушаний законопроектов недавнего прошлого. Механизм коррупциогенеза под сенью общественности будет институционализироваться, как уже давно институционализировался, например, механизм санкционированного изъятия средств при сертификации специалистов.

Любого рода ссылки на зарубежный опыт несостоятельны. Там дела обстоят с точностью до наоборот, чтобы можно было сравнивать. Общее одно: за медицинский деликт отвечает причинитель, ответственность которого с помощью различных правовых инструментов может быть перераспределена. Отличающее, по сути, тоже одно: там есть медицинское сообщество и действительно представляющие его органы медицинской общественности. С которыми считается отраслевое министерство. В США, например, министр отчитывается перед медицинским сообществом. Поэтому и ответственность состоящего в соответствующей медицинской ассоциации причинителя она способна не только принять на себя, но и прибегнуть к дополнительным мерам снижения рисков – страхованию. Притом что врач там, по общему правилу, совмещает положение профессионала с положением хозяйствующего субъекта. Тем самым становится возможным и досудебное возмещение (хотя бы в части) – остальное установит суд. Корпоративные механизмы (выплат через медицинские ассоциации, в том числе, в порядке страхования) лишь дополняют, но не заменяют ответственности по суду.

Таким образом, необходимое и достаточное для того, чтобы оцифровать экономико-правовую и коррупционную емкость обсуждаемого законопроекта, есть. Если понадобится, это несложно подсчитать. В сравнении с тем, какими должны быть цифры от правового закона.

В целом, вместо амплификации правовых смыслов законопроект содержит исключительно негодность нежизнеспособных ведомственно-бюрократических замыслов вчерашнего дня, создавая административную систему зависимостей имущественных интересов, и отсюда - немереную кормушку для взяточполучателей из числа должностных лиц органов управления здравоохранением.



С.И. Поспелова

# ПРАВОВЫЕ РИСКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕТОДОМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

В статье представлен анализ новелл Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регулирующих отношения по изъятию органов и тканей человека после смерти для трансплантации и норм

**Ключевые слова:** законодательство в сфере использования тела, органов и тканей человека после смерти

The article presents analysis of Federal Law from November 21, 2011 № 323-FL «On the Fundamental Principles of Health Protection of Citizens of the Russian Federation» innovations, which regulate withdrawal of human organs (tissues) for transplantation and provide an order

**Keywords:** human body, organs and tissues after death use legislation

Трансплантация органов (тканей) человека относится к высокотехнологичным видам медицинской помощи и применяется для спасения жизни и восстановления здоровья граждан в случаях, когда иные возможные варианты оказания медицинской помощи уже исчерпаны.

Существующий конфликт прав и законных интересов донора и реципиента делает рассматриваемую сферу медицинской деятельности одной из наиболее рискованных и сложных для регулирования с позиций права, медицинской этики и деонтологии.

Донорство и трансплантация тесно взаимосвязаны (одно невозможно или бессмысленно без другого) и осуществляются на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки.

В Российской Федерации уже 20 лет рассматриваемые отношения регулируются специальным федеральным законом - Законом РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее - Закон), который сегодня требует серьезных изменений и доработки. В частности, необходима детальная регламентация донорства, детской

трансплантации и многих других (2).

В целях профилактики совершения правонарушений в сфере трансплантации действующим законодательством предусмотрено, что забор и заготовка органов (тканей) человека, а также их пересадка осуществляются только в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения РФ совместно с Российской академией медицинских наук.

Все правовые риски при осуществлении донорства и трансплантации условно можно разделить на 3 основные группы:

1) правовые риски трансплантации (пересадки) органов (тканей) человека.

Оказание медицинской помощи методом трансплантации должно проводиться в строгом соответствии с действующими порядками и стандартами. Так, пересадка почки, сердца, печени, поджелудочной железы, кишечника, легкого, а также их фрагментов и комплексов урегулирована Порядком оказания медицинской помощи методом трансплантации органов (утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 9 ноября 2009 г. №819н).

Направление медицинских документов больного в центр трансплантации для решения вопроса о вклю-

чении его в «лист ожидания» и госпитализации для трансплантации, осуществляется только при наличии заключения о необходимости трансплантации. Порядок выдачи такого документа и его форма утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 мая 2007 г. N 358.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента (ч.3 ст.1 Закона). Данная норма предусматривает согласие донора не только на изъятие, но и на последующую пересадку его органа или ткани.

**Обязательным требованием к осуществлению медицинской деятельности и лечебному процессу, как медицинских учреждений, так и частнопрактикующих врачей является получение пациентами доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.**

Купля-продажа органов и тканей человека категорически запрещена под угрозой уголовной ответственности за ее совершение. В УК РФ отсутствует специальная норма, предусматривающая ответственность за куплю-продажу органов и тканей человека для трансплантации. Такие действия квалифицируются по п. «ж» ч.2 ст. 127.1 «Торговля людьми».

2) правовые риски осуществления медицинской деятельности по изъятию органов или тканей у живых доноров.

Изъятие органов (тканей) у живого донора допустимо только в случае, если он находится с реципиентом в генетической связи (за исключением случаев пересадки костного мозга), и по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов (оформленному в виде протокола), его здоровью не будет причинен значительный вред.

Живым донором может быть только дееспособное лицо, достигшее возраста 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга), которое свободно и сознательно в письменной форме выразило информированное добровольное согласие на изъятие у него органа (ткани). Донор должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Сам факт принуждения к изъятию органов и тканей человека влечет уголовную ответственность по статье 120 Уголовного Кодекса РФ. В случае изъятия органа (ткани), совершенного с принуждением, содеянное квалифицируется по совокупности статей 120 и п. «ж» ч.2 ст.111 «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью».

3) правовые риски осуществления медицинской

деятельности по изъятию органов и тканей у трупа.

Органы (ткани) трупа могут быть изъяты для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти мозга (необратимой гибели всего головного мозга), зафиксированного консилиумом врачей-специалистов в соответствии с процедурой, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2001 N 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга».

Правовому обеспечению порядка констатации смерти человека в последнее время законодатель уделяет повышенное внимание: впервые этот вопрос получил регламентацию на федеральном уровне в статье 66 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также на уровне Правительства РФ – в Постановлении от 20 сентября 2012 г. N 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» (1).

В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Изъятие трансплантата производится только с разрешения главного врача, а в том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, должно быть также дано разрешение судебно-медицинского эксперта с уведомлением об этом прокурора.

Четкое соблюдение установленной процедуры констатации смерти человека является профилактикой совершения уголовного преступления, предусмотренного п. «м» ч.2 ст.105 УК РФ «Убийство в целях использования органов или тканей потерпевшего».

Особое внимание в этой группе правовых рисков следует уделить соблюдению конституционного права человека на достоинство личности, его свободу и личную неприкосновенность в части волеизъявления относительно изъятия после смерти человека из его тела органов (тканей).

Закон о трансплантации закрепляет презумпцию согласия на изъятие органов (тканей) после смерти (ст. 8). Однако, в случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, ч.8 ст. 47 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» закрепляет необходимость получения испрошенного согласия одного из родителей на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации. Указанное правило необходимо включить в действующий закон о трансплантации.

Создание единой, непротиворечивой правовой базы, регулирующей отношения донорства и трансплантации органов и тканей человека – залог качества медицинской помощи методом трансплантации и

минимизации правовых рисков при ее осуществлении.

В связи с многочисленными этическими аспектами и высоким уровнем общественного внимания к донорству и трансплантации, правонарушения медицинских работников в этой сфере особенно нетерпимы. Основной профилактики ненадлежащих действий работников здравоохранения при осуществлении трансплантации является четкое знание и следование правовым нормам, регламентирующим их профессиональную деятельность.

Использованные источники:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» //Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. N 48 ст. 6724.

2. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 14 января 1993 г., N 2, ст. 62.

### Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1		ФГУП "ПОЧТА РОССИИ" УФПС г.Москвы									
		<b>АБОНЕМЕНТ</b> на журнал	<b>47661</b>								
		<small>(индекс издания)</small>									
		<b>Главный врач: хозяйство и право</b>									
		<small>(наименование издания)</small>									
		Количество комплектов:									
на 2014 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Куда</b>											
<small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
<b>Кому</b>											
<small>(фамилия, инициалы)</small>											

		<b>ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА</b>									
		на журнал	<b>47661</b>								
		<small>(индекс издания)</small>									
		<b>Главный врач: хозяйство и право</b>									
		<small>(наименование издания)</small>									
		Количество комплектов:									
Стоимость	подписки	руб. ____ коп.	Количество комплектов:								
	переадресовки	руб. ____ коп.									
на 2014 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Куда</b>											
<small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
<b>Кому</b>											
<small>(фамилия, инициалы)</small>											

Д.Ю. Константинов, А.В. Чебыкин

## КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В основе проведенного нами системного многофакторного анализа лежит вычисление обобщенных (интегральных) показателей по полученным в процессе исследования единичным параметрам. Получение модели изучаемого процесса позволяет определить его динамику и характер, подтвердить правильность проведенного лечения, выяснить весомость отдельных факторов в обеспечении изучаемого процесса

Ключевые слова: системный многофакторный анализ, интегральный показатель, пациент

Our system multiple-factor analysis is based on calculation of singular characteristics integrated figures. Process modeling provides the possibility to define its dynamics and nature, prove treatment correctness, and clarify weightage of separated factors in ensuring the process

Keywords: system multiple-factor analysis, integrated figure, patient

Введение. В последнее время неуклонно возрастает значение информационного обеспечения различных медицинских технологий. Использование современных информационных методов становится ведущим фактором развития всех врачебных направлений и, поэтому разработка и практическое внедрение экспертных систем является одной из самых актуальных задач здравоохранения<sup>1,2</sup>.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения путем проведения системного многофакторного анализа с построением математических моделей динамики восстановительных процессов при комплексных оздоровительных мероприятиях у гериатрических больных, на основании которого, выявить преимущества нового способа лечения с позиций доказательной медицины.

Материалы и методы исследования. В основе проведенного нами системного многофакторного анализа лежит вычисление обобщенных (интегральных)

показателей по полученным в процессе исследования единичным параметрам<sup>3</sup>. Многомерные количественные характеристики с несопоставимыми абсолютными значениями переводились в сопоставимые путем вычисления относительных разностей каждого из параметров после статистической обработки и нормированными, т.е. принятыми за норму параметрами  $X_0$ :

$$\hat{X}_i = \frac{\bar{X}_i - \bar{X}_0}{\bar{X}_0}$$

Степень влияния единичных показателей на исследуемый процесс оценивался весовым коэффициентом (коэффициентом влияния)

$$P = \frac{a}{\sigma_i^2};$$

где  $a$  - постоянный множитель, выбирае-

1 Жарко В.И., Цыбин А.К., Малахова И.В. и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2006. №4. - С.3-7

2 Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. - М. Медицина. 2002. - С.5-7.

3 Комаров Ю.М. Системный анализ модели здоровья и здравоохранения: проблемы и решения. - В кн.: Моделирование в управлении здравоохранением (респ. сб. научн. тр.). - М. 1990. С. 34-47.

мый из удобства масштаба,  $\sigma_i$  - среднеквадратичное отклонение значения  $X_i$  (в относительных единицах), вычисляемое по формуле:

$$\sigma_i = \pm \sqrt{\left[ \frac{S_i^2(n_i - 1)}{S_0^2(n_0 - 1)} + 1 \right] \frac{1}{(n_i - n_0)(n_i + n_0 - 2)}};$$

где  $S_i^2$  - дисперсия исследуемого параметра  $X_i$ ;

$n_i$  - количество наблюдений при определении  $X_i$ ;

$S_0^2$  - дисперсия нормированного параметра  $X_0$ ;

$n_0$  - количество наблюдений при определении  $X_0$ .

По полученным данным рассчитывалось взвешенное среднее  $XBi$  для каждой группы параметров - величина, интегрально характеризующая исследуемый процесс (в относительных единицах):

$$XB_i = \frac{\sum_{i=1}^n P \hat{X}_i}{\sum_{i=1}^n P};$$

По результатам расчета строилась графическая зависимость взвешенных средних от этапа лечения пациентов. Расчет относительных значений показателей до лечения и их степени влияния представлен в табл. 1.

Расчет относительных значений показателей после лечения и их степени влияния представлен в табл. 2.

На основании проведенного системного многофакторного анализа и результатов обследования пациентов до и после лечения была построена математическая модель.

Значения интегрального показателя ( $XBi$ ) до и после

лечения представлены на графике (рис. 1). Отмечается повышение интегрального показателя ( $XBi$ ) со значения  $-0,0709$ , вычисленного перед лечением, до уровня  $-0,0073$  после проведенного лечения.

В нашем исследовании рассматривались результаты применения комплекса лечебных мероприятий и оценки качества жизни больных авторским опросником, проведенных у 1713 гериатрических пациентов<sup>4</sup>. В настоящей работе мы использовали пакет прикладных программ «STATISTICA 9.0». Он позволяет графически визуализировать данные в соответствии закону нормального распределения значения признаков.

Для описания центральных тенденций наблюдаемого явления необходимо использовать медиану ( $Me$ ) и 50%-процентильный размах. На рисунке 2 представлены результаты математического анализа полученных данных. По оси ОХ находятся группы пациентов до и после проведенного лечения, по оси ОУ отложены значения интегрального показателя качества жизни в баллах. Из представленных данных видно, что хотя некоторые пациенты даже до лечения имели высокий уровень интегрального показателя качества жизни (в пределах до 26 баллов), тем не менее, более чем у половины пациентов (50% - процентильный размах) исследуемый показатель был в пределах от 10 до 15 баллов, что соответствует неудовлетворительному уровню качества жизни.

В результате проведенного комплексного лечения нами отмечено значительное повышение интегрального показателя качества жизни у большей части пациентов - 50% процентильный размах включает в себя значения в пределах 27-17 баллов, что соответствует в большей степени высокому и удовлетворительному уровню данного показателя, где сосредоточено 50% пролеченных пациентов.

Результаты и их обсуждение. Современные технические возможности позволяют выйти на качественно новый уровень оценки течения заболевания.

Признак	Взвешенное среднее	Степень влияния	Относительная разность	Средняя ошибка
Тонометрия (до лечения)	-0,0171	3034,5029	-0,0171	0,0004
Интенсивность боли по ВАШ до лечения	-0,0088	47,7401	-0,0088	0,0002
Мышечная сила (по Хабирову) до лечения в поражённом сегменте	0,0182	3034,5534	0,0182	0,0004
Интегральный показатель КЖ до лечения по опроснику автора	-0,0039	3034,3997	-0,0039	0,0001
Длительность данного обострения до обращения к нам	-0,0507	66,227	-0,0507	0,0012
Числовая шкала боли NPS до лечения	-0,0165	3034,5621	-0,0165	0,0004
Шкала CPS до лечения	0,0096	3034,5629	0,0096	0,0002
Опросник Oswestry до лечения	0,0103	39,3806	0,0103	0,0003
Опросник Роланда-Морриса до лечения	0,0053	3034,5615	0,0053	0,0001
Индекс (H.Vernon, J.Mior.) до лечения	0	3034,563	0	0
Оценка по R.Watkins до лечения	-0,0057	3034,5572	-0,0057	0,0001
Опросник Мак Гилла до лечения (краткая форма)	0,0011	70,0629	0,0011	0
Индекс нетрудоспособности по Вадделю до лечения	-0,0127	3034,5629	-0,0127	0,0003

Таблица 1. Относительные значения полученных показателей до лечения

Признак	Взвешенное среднее	Степень влияния	Относительная разность	Средняя ошибка
Интенсивность боли по ВАШ после лечения	0,092	57,8	0,092	0,0022
Интегральный показатель КЖ по-сле лечения по опроснику автора	-0,0172	52,3011	-0,0172	0,0004
Тонометрия (после лечения)	0	3034,563	0	0
Уменьшение болевого синдрома по WOMAC после лечения (в %)	0,0127	75,8436	0,0127	0,0003
Числовая шкала боли NPS после лечения	0	3034,563	0	0
Опросник Oswestry после лечения	-0,0155	42,7411	-0,0155	0,0004
Опросник Ролан-да-Морриса после лечения	-0,0633	3034,5623	-0,0633	0,0015
Индекс (Н.Vernon, J. Mior,) после лечения	0	3034,563	0	0
Оценка по R.Watkins после лечения	0	3034,563	0	0
Опросник Мак Гилла после лечения (краткая форма)	-0,0341	73,3465	-0,0341	0,0008
Индекс нетрудоспособности по Вад-делю после лечения	0,0181	3034,5626	0,0181	0,0004

Таблица 2. Относительные значения полученных показателей после лечения

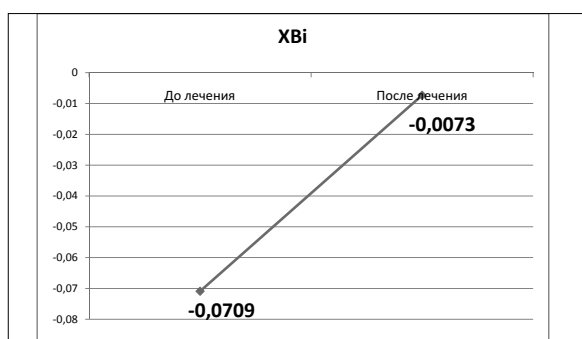


Рисунок 1. Значения интегрального показателя (XVi) до и после лечения

Нами отмечено повышение интегрального показателя (XVi) со значения  $-0,0709$  установленного перед лечением, до уровня  $-0,0073$  полученного после проведенного комплексного лечения. Получение модели изучаемого процесса позволяет определить его динамику и характер, подтвердить правильность проведения логических группировок, выяснить весомость отдельных факторов в обеспечении изучаемого процесса.

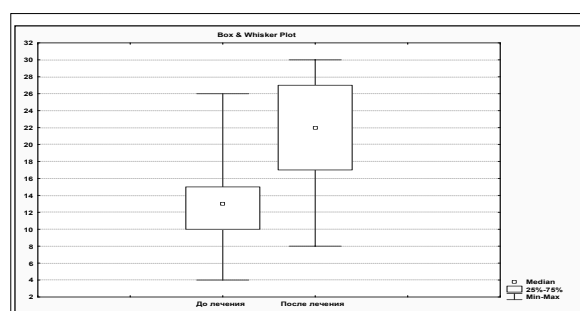


Рисунок 2. Результаты математического анализа значений интегрального показателя качества жизни у гериатрических больных в динамике лечебных мероприятий

Заключение. Применение, разработанного нами, специализированного мониторинга качества жизни гериатрических пациентов позволило объективно и статистически достоверно определить эффективность проведенного комплекса восстановительных мероприятий, выявить концептуально новые аспекты в улучшении комплексного лечения.

## А знаете ли Вы, что...

...повышение оплаты труда в здравоохранении остро поставило вопрос о пересмотре отраслевых норм труда, которые не менялись с 80-х годов. Для поэтапного перевода медицинских работников на т.н. эффективный контракт проводится работа по составлению отраслевых профессиональных стандартов, которые учитывают реструктуризацию самой системы здравоохранения и необходимость перераспределения функций между медицинскими работниками. 27 стандартов будут сформированы до конца 2013 года.

А.С. Купрюшин, Н.В. Купрюшина

## РОЛЬ АУТОПСИИ В СЛУЧАЯХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ

В статье представлены сведения о роли аутопсии в случаях внебольничной смертности

Ключевые слова: аутопсии, патологоанатомический диагноз, сопоставление диагнозов

Data on an autopsy role are presented in article in cases of an extra hospital mortality

Keywords: autopsies, pathoanatomical diagnosis, comparison of diagnoses

Состояние здоровья, качество и продолжительность жизни населения Российской Федерации зависит от многих факторов, среди которых значимую роль играет состояние лечебно-диагностического процесса (ЛДП), осуществляемого поликлиническим звеном учреждений здравоохранения. Анализ качества этого процесса во многих случаях летальных исходов хронических заболеваний не может считаться объективным без проведения аутопсии. Для проведения контроля качества клинической диагностики проводится сравнение заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов (ПАД) [2].

Результаты сопоставления диагнозов, в случаях смерти больных в стационарах, контролируются руководством лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Окончательное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально [2] комиссиями по изучению летальных исходов и врачебными комиссиями, а также на клинико-патологоанатомических конференциях с обязательным всесторонним полным и объективным сопоставлением морфологических изменений, установленных прозектором, с клиническими, патофизиологическими, патобиохимическими и другими проявлениями заболевания.

Приглашение патологоанатомов для участия в клинико-патоморфологическом анализе случаев смерти больных вне стационаров является скорее исключением, чем правилом, что свидетельствует о недостаточности внимания руководства ЛПУ к анализу качества поликлинической диагностики [4] и делает сомнительным возможность полноценного анализа качества диагностики и лечения. Между тем это важное направление медицинской деятельности позволяет выявлять закономерности ошибочной диагностики и принимать необходимые меры по ее совершенствованию, тем самым увеличивать продолжительность и улучшать качество жизни [1].

В приказе Минздравмедпрома России № 82 от 29.04.1994 г. «О порядке проведения патологоанато-

мических вскрытий» нормативно закреплено патологоанатомическое исследование трупов людей, умерших на поликлиническом участке. В разделе III приложения к приказу определены «порядок направления и проведения патологоанатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара». Хотя клинико-морфологический анализ таких случаев смерти в приказе не отражен, практика работы патологоанатомических отделений стационаров свидетельствует о необходимости проведения этого вида деятельности и в поликлиниках. Проводимая в соответствии с отмеченным приказом деятельность патологоанатомического отделения ГБУЗ «Пензенская областная больница им. Н.Н. Бурденко» по проведению аутопсий позволяет выявлять недостатки в оформлении медицинской документации и диагностировать нозологические формы, явившиеся причиной смерти и не установленные участковыми терапевтами.

С 2009 по 2011 гг. в патологоанатомическом отделении было произведено 2113 аутопсий. При анализе предоставленных поликлиниками карт амбулаторного больного были выявлены следующие недостатки оформления заключительного клинического диагноза (ЗКД): не рубрифицированные диагнозы и частично рубрифицированные с отсутствием в них фоновых и сопутствующих заболеваний, и даже, во многих случаях, – его отсутствие. Между тем, достоверность данных, представляемых поликлинической, а при проведении аутопсий – патологоанатомической, службами о причинах смерти населения, зависит от точного соблюдения правил формулировки и кодирования диагнозов, принципов их сопоставления (сличения), точного выполнения требований к оформлению медицинского свидетельства о смерти [5]. Эти правила и принципы медицинской информатики основаны на требованиях Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-Х) и распорядительных документов Министерства здравоохранения РФ.

Выявленные и многие другие недостатки оформления медицинской документации могут неблагоприятным для здравоохранения образом сказаться при рассмотрении дел в суде и являться одним из поводов вынесения решений в пользу родственников [3] в случае предъявлении ими гражданского иска к поликлинике.

Из всех проведенных в отделении патологоанатомических исследований 2028 (96%) умершим были людьми пожилого и старческого возраста. В 834 случаях (39,5%) после аутопсии сопоставление патологоанатомического диагноза (ПАД) и ЗКД оказалось невозможным из-за отсутствия последнего в предоставляемых документах. Это свидетельствует об отсутствии динамического наблюдения врачами поликлиник за состоянием здоровья пожилых людей, об отсутствии профилактических осмотров этой группы населения, о пассивном отношении к их здоровью родственников, считающих необязательным какую-либо диагностику и поддерживающее лечение хронически больных «стариков».

В 445 случаев (34,8%) ЗКД и ПАД не совпали. В 92 случаях (20,7%) клиницистами не был распознан инфаркт миокарда, в 37 случаях (8,3%) – инфаркт мозга или внутримозговое кровоизлияние. В 49 случаях (11%) при жизни не были выявлены злокачественные новообразования, а в 23 случаях (5,2%) была неверно указана локализация онкологического процесса. В 70 случаях (15,7%) участковые терапевты в диагнозе в качестве основной причины смерти указывали атеросклеротический кардиосклероз, хотя аутопсией выявлялся постинфарктный кардиосклероз. Между тем эти формы кардиосклероза являются разными нозологическими единицами и в соответствии с МКБ-Х имеют различные коды – I25.1 и I25.2, соответственно. Это обстоятельство свидетельствует о том, что участковыми терапевтами зачастую не диагностируется, а значит и не лечится, инфаркт миокарда, что не способствует продолжительности и качеству жизни заболевших.

Результатами аутопсии выявляется довольно высокий процент расхождения ЗКД и ПАД, что по нашему мнению свидетельствует о недостаточном уровне обеспечения лечебно-диагностической помощью людей

пожилого возраста и недостаточной эффективности диспансеризации, проводимых поликлиниками. Такое состояние поликлинической медицины, может вызвать законные претензии граждан, которые могут обращаться не только с гражданскими исками к органам здравоохранения, но и в ряде случаев, с заявлениями в правоохранительные органы об уголовном преследовании врачей за ненадлежащее оказание медицинской помощи их пожилым родственникам.

Кроме того, в качестве причины неправильной прижизненной диагностики можно указать низкую медицинскую грамотность населения, проявляющуюся в игнорировании необходимого регулярного обследования. Не менее важным, по нашему мнению, является и отсутствие медицинской настороженности со стороны родственников пожилых людей, зачастую считающих симптомы заболевания проявлением старости.

Таким образом, ошибочная поликлиническая диагностика и вообще отсутствие какой-либо диагностики заболеваний людей пожилого и старческого возраста являются комплексной медико-социальной проблемой нашего общества, от решения которой во многом зависит продолжительность и качество жизни населения страны.

Использованные источники:

1. Автандилов Г. Г. Основы патологоанатомической практики, Руководство (Издание третье, дополненное) – М: РМАПО, 2007. – 408 с.
2. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2004. – 304 с.
3. Баринев Е.Х., Жаров В.В., Черкалина Е.Н., Бобылева М.В., Косухина О.И. Динамика комиссионных судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам в г. Москве в 2000-2010 гг. // Медицинская экспертиза и право. – 2012. – №3. – С. 46-48.
4. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Клинический диагноз. – Литтерра, 2011. – 224 с.
5. Шмурун Р.И. Об ошибках поликлинической и клинической диагностики с точки зрения практического врача-патологоанатома. // Клин. Медицина. – 1995. – №5. – С. 79-81.

### А знаете ли Вы, что...

....Минздрав России в своем письме от 23.07.2013 г. предоставил разъяснение в органы исполнительной власти Субъектов Федерации в сфере здравоохранения о том, что издание приказа Минздрава России № 121н не влечет за собой необходимость переоформления лицензий на осуществление медицинской деятельности, если отсутствуют основания, установленные частью 1 статьи 18 Федерального закона № 99-ФЗ.



К.Ю. Каменева

# АНАЛИЗ СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» СПОРАМ

Представлен обзор литературы по «медицинским» спорам в различные исторические эпохи. Проведен анализ судебно-медицинских заключений по данному виду экспертиз

Ключевые слова: «медицинские» споры, судебно-медицинское заключение, вред здоровью

The review of literature on «medical» disputes during various historical eras is submitted. The analysis of the medicolegal conclusions by this type of examinations is carried out

Keywords: «medical» disputes, medicolegal conclusion, harm to health

«Медицинские» споры представляют собой споры, в которых одной стороной выступает пациент, чьи права нарушены, другой - медицинское учреждение. Суть подобных споров может заключаться в привлечении медицинских работников к уголовной ответственности, возмещении вреда здоровью, рассмотрении исков по потере профессиональной трудоспособности пациента вследствие неквалифицированности и непрофессионализма врачей и медицинских работников.

Стоит отметить то обстоятельство, что в рассмотрении «медицинских» споров крайне важными являются первичные документы – карты больного, результаты лабораторно-инструментальных методов исследования, заключения специалистов и другие документы, отражающие динамику состояния здоровья пациента.

«Медицинские» споры характеризуются особенностями деликта. В силу товарно-нетоварной двойственности медицинской услуги, когда ее потребительская часть подчиняется юридическим установлениям, а профессиональная (медицинская помощь) – правилам медицины, причинение вреда также имеет различающуюся природу. В одном случае вред происходит из обслуживания немедицинской природы (ожог горячей жидкостью, удар электрическим током из-за дефектов розетки и пр.), в другом – из вредоносных дефектов оказания медицинской помощи, в третьем – из непредоставления информации о существовании воздействия на здоровье. Это, соответственно, потребительский, ятрогенный и информационно-аконсенсуальный деликт [1,2].

Анализ литературных источников убедительно подтверждает тот факт, что до настоящего времени не существует однозначных определений врачебных (профессиональных) ошибок медицинских работников, как с точки зрения медицинских, так и юридических позиций. Отсутствуют разработанные достоверные, научно-обоснованные критерии для экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что имеется явная необходимость тщательного анализа причин и видов профессиональных ошибок врачей по результатам исследований медицинской документации и экспертных заключений.

В различные исторические эпохи за ошибки и упущения на врачей возлагалась неодинаковая ответственность. Это зависело от изменений общественного правосознания, религиозных воззрений, смены морально-этических норм и от успехов медицинской науки. Во времена седой древности медицинская деятельность приравнивалась к сверхъестественной силе. Поэтому существовала абсолютная ответственность целителя за смерть больного. Такие понятия, как «умысел», «неосторожность», «несовершенство знаний» не различались между собой.

Положения раннего передового римского права, отличавшего умышленную вину врача от неосторожности, постепенно стали находить свое отражение в уголовных законах Западной Европы, где ответственность врача за профессиональные упущения рассма-

тривались с точки зрения частных отношений между врачом и больным.

В дореволюционной России политика царского правительства была также направлена на укрепление частной практики врачей. В «Уложении о наказаниях» (1885) за явные и серьезные врачебные ошибки предусматривалось запрещение практической деятельности, а за смерть больного и причинение «важного вреда» его здоровью назначалось церковное покаяние. Таким образом, «Уложение о наказаниях» за профессиональные упущения предусматривало не уголовные санкции, а меры административного и

**В дореволюционной России политика царского правительства была также направлена на укрепление частной практики врачей.**

нравственного порядка. По Уставу уголовного судопроизводства, врачебные дела после предварительного следствия подлежали оценке и заключению врачебной управы или медицинского совета.

Действующее законодательство направлено против признания непогрешимости врачей и привлекает их к ответственности за врачебные правонарушения. Врач должен отвечать перед законом за все те неправильные действия, которые зависят от его неосторожности, небрежности, преступного легкомыслия, намеренных злоупотреблений на общих основаниях, поскольку данные упущения не только причиняют вред больному, но и подрывают доверие к здравоохранению [6].

Аналізу подвергалось 113 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников и неблагоприятных последствий после оказания медицинской помощи за период с 2003 по 2012 гг. в г. Москве на базе кафедры судебной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета (46 «Заключений специалиста по вопросам, входящим в его компетенцию» и 41 «Разъяснение специалистами вопросов») и в г. Курске на базе Бюро судебно-медицинской экспертизы комитета здраво-

охранения Курской области (26 «Заключений экспертов (Судебно-медицинских экспертиз по материалам дела)»).

Согласно данным, предоставленным кафедрой судебной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета, за период с 1997 по 2007 гг. сотрудниками кафедры было проведено 164 экспертизы по «врачебным гражданским делам». За период с 2003 по 2007 гг. подобных дел было 67 [4].

Количество экспертиз по «медицинским спорам», по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы комитета здравоохранения Курской области, за период с 2003 по 2007 гг., представлено в таблице 1. Как видно из таблицы, за 5 лет в Курске было проведено 26 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам».

Анализ распределения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи, которые были проведены в Москве на базе кафедры судебной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета и в г. Курске на базе Бюро судебно-медицинской экспертизы комитета здравоохранения Курской области, показывает, что наибольшее количество «врачебных» дел касается деятельности психиатров-наркологов и составляет 17,7% всех случаев. Затем следуют комиссионные судебно-медицинские экспертизы, проведенные в отношении хирургов (15,9%), терапевтов (13,3%), травматологов-ортопедов (12,4%) и неврологов (11,5%). Далее, по убывающей траектории следуют экспертизы в отношении специалистов в области акушерства и гинекологии, онкологии (по 4,4%), кардиологии, «скорой медицинской помощи», стоматологии (по 2,7%), инфекционных болезней, анестезиологии и реаниматологии, токсикологии, урологии, эндокринологии (по 1,8%). В эпизодических случаях экспертизы по «медицинским спорам» осуществлялись в отношении аллергологов и иммунологов, оториноларингологов, педиатров, радиологов и пульмонологов.

Следует отметить, что среди проведенных в Москве комиссионных экспертиз лидировали случаи, касающиеся деятельности терапевтов (13,8%), неврологов (12,6%) и психиатров (11,5%), в Курске - хирургов (30,8%) и акушеров-гинекологов (19,2%).

В 64,6% (73) случаев жалобы на неправомерные или неквалифицированные действия со стороны медицин-

Годы	Количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз	Количество судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам, N	Количество судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам, %
2003	95	6	6,3%
2003	91	10	11%
2003	117	5	4,3%
2003	110	3	2,7%
2003	207	2	1%
ИТОГО	620	26	4,2%

Таблица 1. Относительные значения полученных показателей до лечения

ского персонала возникали от мужчин и их родственников, в 35,4% (40) - от женщин.

При написании заключений по «медицинским» спорам в работе экспертов были отмечены следующие методические и тактические погрешности: имело место рукописное исправление результатов исследования, небрежное ведение документации (неразборчивый почерк, отсутствие печати), значительное завышение степени вреда здоровью. Во многих заключениях давались ответы не на все поставленные перед экспертом вопросы, выводы носили вероятностный характер и т.д.

В 31% (35) случаев на экспертизу предоставлялась либо не вся медицинская документация, либо ее копии, но это не мешало экспертам при формулировании их выводов.

При анализе «Заключений специалиста по вопросам, входящим в его компетенцию» в доминирующем числе случаев - 73,9% (34) экспертом, производившим проверку, было рекомендовано проведение повторного исследования с детальным изучением всех материалов дела, медицинской документации и пр., в 50% (23) - включение в состав экспертной комиссии необходимых узких специалистов.

Таким образом, проблемную область судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» спорам составляют отсутствие обоснования экспертных выводов, попытка дать правовую оценку исследуемым фактам, дача ответов на поставленные перед экспертом вопросы при недостаточности представленных на экспертизу материалов, противоречия выводов экспертов материалам дела, краткость экспертных заключений, следствием которой становится широкое использование медицинской терминологии (обобщающих оценочных суждений), не позволяющей оценить обоснованность выводов; использование в выводах некорректных формулировок, допускающих возможность принятия различных правовых решений по делу и др. [5].

По вышеуказанной причине, дальнейшее изучение данного вопроса следует считать актуальным.

Использованные источники:

1. Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Предметная область судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. - № 3. – С.8-15.

2. Пашина Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Возможности совершенствования нормативно-правовой базы и механизмов защиты прав пациентов в РФ при текущей социально-экономической и политической ситуации // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. - С.24-26.

3. Пашина Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правовой обоснованности выводов судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право, 2009. – № 2. – С. 22–28.

4. Попова Т.Г. Некоторые вопросы организации комиссионных (комплексных) судебно-медицинских экспертиз по гражданским «врачебным» делам // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. Красноярск, 2007. – Вып. 5. – С.59-61.

5. Родин О.В., Тихомиров А.В. Организационные пути совершенствования правовой обоснованности судебно-медицинских экспертиз по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. - №2. – С.15-18.

6. Хохлов В.В. Судебная медицина: руководство / В.В. Хохлов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Смоленск, 2010. - 992 с.

### **А знаете ли Вы, что...**

....в 2012 году были актуализированы или вновь созданы 60 порядков оказания медицинской помощи.

### **А знаете ли Вы, что...**

....Министерство здравоохранения вместе с экспертным сообществом впервые создало государственные стандарты обучения в ординатуре по 96 медицинским специальностям.

Е.Х. Баринов, М.А. Очирова

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА

В статье приводятся сведения о привлечении врачей к уголовной ответственности в первой половине XX века в России

Ключевые слова: уголовная ответственность, врач, медицинская помощь

In the clause data on attraction of doctors of a criminal liability in first half of XX-th century in Russia are led

Keywords: a criminal liability, the doctor, medical aid

После окончания Гражданской войны в России стало стремительно возрастать количество так называемых «врачебных» дел. Их число, только в Петрограде, от 1 случая в 1921 г. выросло в 1925 г. до 48, а к 1928 г. выросло до 312 случаев. В большинстве случаев после проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз подобные дела прекращались. Из 312 случаев 282 дела были прекращены на стадии предварительного расследования и только 31 передано суду. В период 1928г. отмечается заметный рост уголовных дел против врачей по сравнению с дореволюционным временем. Этот период характеризуется вниманием к этому вопросу медицинских научных обществ, журналов, газет, съездов врачей, совещаний врачей и юристов. В литературе приводятся мнения о причинах сложившегося положения: малая осведомленность обывателей в вопросах медицины и преувеличение ее возможностей, повышенные требования к врачам; пристрастное освещение врачебных дел в прессе; желание идти по пути наименьшего сопротивления, т. е. обвинения врачей и апелляции к общественному мнению; доверчивое отношение следственных органов к обвинению врачей, неопределенность статей УК РСФСР к установлению границ врачебной ответственности и др. [1,2,3,4].

Рост дел в связи с правовой ответственностью врачей объясняется еще и тем, что угнетенные массы народа после революции перестали бояться суда, справедливо доверяя советскому правосудию. Другая причина - отсутствие у населения основных познаний в области медицины, сенсационные необъективные сообщения о медицине и врачах в прессе, падение у некоторых лиц авторитета врача. Еще одна причина - это нервная травматизация активных участников

империалистической и гражданской войн с повышенной чувствительностью, раздражительностью и невыполнимыми требованиями. Немалое значение в увеличении «врачебных дел» имеет сохранившееся с прошлого недоброжелательное, недоверчивое отношение к врачам как представителям интеллигенции, «буржуйам» и «спецам» [1,2,3,4,17,19].

И.В.Марковин делит все случаи привлечения врачей к судебной ответственности на две группы. К первой он относит наличие злого умысла, направленного на причинение вреда обществу или отдельной личности. Сюда он относит применение знаний с низменными целями, т.е. из мести, корысти, совершение отравления, изнасилования с использованием гипноза, помощь в членовредительстве, осклопление, выдача ложных свидетельств о состоянии здоровья при наличии заразных болезней или при поступлении в учебное заведение, производство аборта в антисанитарных условиях. В этих случаях врач должен отвечать на общих основаниях [1,2,3,4].

Интересно либеральное отношение в те времена к таким «ошибкам», как оставление инородных тел в ранах при операции, нарушения в подготовке к операции или наркозу, недостаточная чистота рук и передача болезни от одного к другому [18,19].

Ко второй группе действий врачей, повлекших неблагоприятные последствия, относятся все случаи привлечения врачей к ответственности без указанных элементов, когда причинение вреда здоровью или смерти со стороны врача было без злого умысла и являлось следствием врачебной ошибки [1,2].

В 20-е гг. XX столетия наметились противоречия между врачами и юристами по вопросу об отношении к врачебным дефектам. Дискуссию вызвало нашумев-

шее заявление Российского акушерско-гинекологического общества, обратившегося в Народный комиссариат здравоохранения (1925), в котором говорится о непомерном росте уголовных обвинений врачей за ошибки и дефекты в их профессиональной работе. В заявлении, в частности, указывалось, что практические достижения медицины имеют известный предел, тем более, что объектом исследования является «капризный и еще не вполне изученный человеческий организм». Между тем малая осведомленность обывательских групп в вопросах медицины создает преувеличенные надежды и необоснованные требования к врачам. В связи с этим предлагалось создание особых комиссий при здравотделах университетских городов для разбора дела и предания врача суду или покаянию, а в сложных случаях - передача дела для окончательного решения Центральной экспертной комиссии при Народном комиссариате здравоохранения [6,8,10].

Против такого взгляда резко отрицательно выступили юристы и часть медицинской общественности, которые подчеркивали равную со всеми гражданами правовую ответственность врачей. Поэтому они считали ненужным создавать какие-то дополнительные статьи в УК, а также специальные правила для врачей и при возбуждении уголовных дел против врачей руководствоваться общими.

В газетах было много статей, которые осуждали от имени народа буржуазных врачей, не уважающих простых людей, обзывающих их капризными обывателями и не желающих использовать все достижения науки для их лечения [12,15].

Уместно напомнить политическую обстановку того времени, которая затрагивала и врачей. В год «Великого перелома», как называют 1929г. в советской истории, появилось сообщение о «вражеском заговоре» украинских академиков, среди которых было 5 врачей — известных ученых-теоретиков, которые якобы «проводили медицинский террор» против большевиков. Газета «Правда» писала, что медицинская группа своей террористической свирепостью выделялась среди других враждебных группировок.

Естественно, все врачи были осуждены, и это чудовищное обвинение долго тяготело над медициной. Буржуазных интеллигентов, как и других спецов, ненавидели, постоянно клеймили в прессе, и это сказывалось на отношении к врачам в целом.

Постепенно дискуссия приняла откровенно политический характер, отражая борьбу двух идеологий - буржуазной и социалистической.

Результатом организованной дискуссии было единодушное осуждение предложения научного акушерского общества о создании специальных комиссий в случаях решения вопросов о предании суду врачей. Научно-медицинская ассоциация Татарской республики в 1935 г. провела конференцию «Врачебные ошибки и врачебные преступления» с широким привлечением врачей, юристов, ученых.

В этом вопросе, как и во всех других аспектах жизни народа того времени, просматривается политическая направленность, использование любой темы для пропаганды преимущества советской системы. Интересно, что понятие врачебной ошибки в те годы было неоднозначным даже для судебных медиков.

Всякий раз при подозрении на правонарушение врача следователь назначает судебно-медицинскую экспертизу, но не везде имеются высококвалифицированные специалисты. Поэтому большинство судебных медиков (Я.Л.Лейбович, Н.И.Ижевский, В.И.Марковин, А.И.Шибков) считали правильным пожелание Второго съезда судебно-медицинских экспертов об организации в университетских городах комиссий в составе опытных врачей и профессоров, представителей профсоюза, которая до суда разбирает дела по обвинению врача, а в трудных случаях направлять дело в Наркомздрав.

Такое внимание необходимо не для создания привилегированного положения врачей, а в целях объективности, поскольку существует циркуляр Наркомюста «О мероприятиях по предупреждению и квалификации преступных преследований рабселькоров», также важное значение следует придавать и разбору врачебных дел [13,14,17,18,21].

Между тем, было и другое мнение - о нецелесообразности создания таких комиссий, которое может породить прецедент у других специалистов. Н.И.Ижевский делится опытом проведения таких экспертиз в Ленинграде с широким участием профессуры, с предварительным обсуждением с исследователями, которые пополняют при необходимости материал. Почти всегда приглашаются на заседание экспертов врач для дачи дополнительных объяснений и потерпевший. Но такая постановка невозможна и невыполнима в губерниях с малочисленными врачебными

---

**Рост дел в связи с правовой ответственностью врачей объясняется еще и тем, что угнетенные массы народа после революции перестали бояться суда, справедливо доверяя советскому правосудию.**

---

ми силами. Со стороны судебной власти отмечается вдумчивое и осторожное отношение к врачебным делам без нажима и недоверия к экспертизе, что доказывается большим процентом прекращенных против врачей дел. Однако иногда эксперты, не понимая юридические особенности и требования права, дают заключения, не удовлетворяющие суд. С другой стороны, судебные работники не представляют себе точно, что может дать экспертиза, не обладающая минимумом медицинских знаний. В целях устранения теневых сторон сотрудничества и установления общего языка

между врачами и юристами в Ленинграде второй год проводились теоретические и практические занятия по судебной медицине с судебными работниками.

А.В.Грегори приводит количество уголовных дел, возбужденных по Ленинграду почти за 10 лет (1921 - 1928). Всего их было 312: 124 против акушеров-гинекологов, 80 против хирургов, 42 против терапевтов, 33 против педиатров, привлекались в 8 до 1 случая отиатры, одонтологи, венерологи, офтальмологи, невропатологи, врачи скорой помощи, психиатр, судебно-медицинский эксперт. 282 дела было прекращено на стадии предварительного расследования и только 31 предано суду.

**В 30-е гг. в разных регионах страны  
вышло немало работ медиков и юристов,  
посвященных разным аспектам врачебных  
ошибок и ответственности медицинских  
работников.**

Анализ «врачебных дел» второй половины 30-х гг. изложил в своем рукописном отчете, дошедшем до нас, судебно-медицинский эксперт, заведующий Ростовской судебно-медицинской лабораторией К.С.Кечек.

По его данным, Ростовской областной судебно-медицинской экспертизой за период 1935 - 1940гг. произведено 234 экспертизы, связанные с обвинением медработников (208 врачей, 26 фельдшеров), которые он разделил на две группы. В первую он собрал экспертизы, где обвинялся медработник. В 69 случаях это были акушеры, в 31 - гинекологи, в 80 (!) - терапевты, в 6 - санитарные врачи и врачи других специальностей (от 1 до 5). Халатное, невнимательное отношение к больным отмечено в 11 %, преступное - в 4, формальное - в 1,5, врачебные ошибки - в 1,5% случаев.

Приводимые автором отчета ряд других экспертиз выявили серьезные недостатки в организации здравоохранения, в снабжении лечебниц, в слабой профессиональной подготовке врачей, особенно акушеров и гинекологов, в невнимательном отношении к нуждам больных и лечебных учреждений. Наиболее часто это было связано с отказом в предоставлении транспорта для перевозки больного, ремонтом лечебных помещений, приобретением необходимого инвентаря и оборудования.

Автор приводит еще одну важную причину дефектов медицинской помощи и тяжелых осложнений. Это - некультурность и недисциплинированность населения, игнорирование общей гигиены, врачебных советов и врачебной помощи, обращение к повитухам и знахарям.

В диссертационной работе Ю.С.Зальмунина приводятся количественные показатели неосторожных действий врачей разных специальностей по г. Ленинграду

за 1924 - 1948гг. За этот период общее количество возбужденных дел составляло 1854, в том числе: на акушеров-гинекологов - 474, на педиатров - 378, на хирургов - 363, терапевтов - 328, отоларингологов - 56, психиатров - 39, кожновенерологов - 34, невропатологов - 32, инфекционистов - 32. Более 20 дел было заведено на фтизиатров, окулистов, стоматологов. В единичных случаях это были нейрохирурги, гомеопаты, онкологи, эндокринологи, эпидемиологи, судебно-медицинские эксперты и др. Две трети составляли врачи стационаров. Интересно, что возбуждение уголовных дел за профессиональные преступления врачей прогрессировало до 1937г., когда они достигли максимума (262), затем постепенно снижались и в 1948г. составили 53 дела.

Естественно, такая обстановка вызывала не только беспокойство, но и желание разобраться в их причинах.

В 30-е гг. в разных регионах страны вышло немало работ медиков и юристов, посвященных разным аспектам врачебных ошибок и ответственности медицинских работников. Вот некоторые из них: «Судебная ответственность врачей» (Лейбович Я.Л.; Л.; М., 1926); «Уголовная ответственность врачей» (Малис Ю.Г.; М., 1926); «О судебной ответственности врача» (Губарев А.П.; М., 1927); «Врачебные ошибки» (Давыдовский И.В.; М., 1928); «Ответственность врача» (Райский М.И.; М., 1929); «Ошибки в диагностике и терапии» (Бруштейн С.А.; М., 1930); «Медицинские ошибки по судебным материалам» (Брусиловский А.Е., Левин А.М.; Харьков, 1930); «К вопросу о судебной ответственности врача» (Абуладзе Д.А.; Тифлис, 1931); «Врачебные ошибки и врачебные преступления» (Гусев А.Д.; Казань, 1935); «Об ответственности врача за профессиональные ошибки» (Сапожников Ю.С.; Киев, 1932) [1,2,3,4,5,13,17,18,21,22,23].

Главный судебно-медицинский эксперт НКЗ РСФСР Я.Л.Лейбович, который в тридцатых годах сам подвергался репрессиям, отметил, что судебная практика «врачебных дел» 20 - 30-х гг. показывает, что они стали возбуждаться чаще, чем раньше, но кончаются, как правило, мягкими приговорами против врачей. Он указал, что надо помнить о том, что имеется потерпевшая сторона, нередко потерявшая близкого человека. Самое главное, по его мнению, в авторитетности, убедительности, компетентности и беспристрастности экспертизы. Единоличная экспертиза по «врачебному делу» ненормальна и вредна для правосудия, необходимо создание экспертных комиссий.

Эта рекомендация в 40-е гг. XX века была узаконена и претворена в повседневную экспертную практику.

В эти годы, судя по литературным источникам, несколько поутихли споры и обсуждения так называемых «врачебных дел». Особый акцент был сделан на разборе ошибок и правонарушений в области хирургии. В годы войны и первые послевоенные годы также мало публиковалось работ на эту тему [4,6,7,8,9,10,11,12,19].

Лишь в пятидесятые годы в стране возник новый этап пристального отношения к дефектам оказания медицинской помощи и врачебным ошибкам, что в первую очередь можно объяснить сложившейся политической обстановкой.

Использованные источники:

1. Акопов В.И. К истории судебной ответственности врачей и судебно-медицинской экспертизы при дефектах медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. – 2002. - №1. – С. 3-8.
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Страдания Гиппократы. – Ростов-на-Дону: издательство «Приазовский Край», 2006. – с. 358-391.
3. Александрова О.Ю. Ответственность за правонарушения в медицине. М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 240 с.
4. Галкин Р.А., Лещенко И.Г. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение: Монография. - Самара: ООО «ИПК «Содружество», 2008. - 372 с.
5. Голубева А.П., Боброва И.П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса // Здравоохранение. - 2004. - № 7. - С. 38-42.
6. Гройсман В. А. Управление качеством медицинской помощи //Стандарты и качество. - 2004. - № 4. - С.100-103.
7. Гуляев В.А. Управление качеством медицинской помощи//Современные аспекты совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном военном госпитале: материалы конф. - М., 2004. - С. 9-11.
8. Дьяченко В.Г. с соавт. Управление качеством в современной стоматологии // Здравоохранение Дальнего Востока. № 1 (15), 2005. - С. 96-101.
9. Дьяченко В.Г. с соавт. Экономика здравоохранения / Сестринское дело. Том. 1. - Москва. Изд.: ГУПЗ «ПЕРСПЕКТИВА», 2004. - С. 493-591.
10. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., Курбетьев С.Г. Проблемы правовых ошибок в повседневной работе врача-стоматолога//Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы, 2005. - Хабаровск, - Вып. 7. - С. 69-76.
11. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., Курбетьев С.Г. Управ-

ление качеством услуг в современной стоматологии.- Хабаровск. Амуриздат, 2005. - 586 с.

12. Дьяченко В.Г., Пушкарь В.А. Системный анализ качества медицинских услуг, оказанных женщинам в ЛПУ Дальневосточной железной дороги//Дальневосточный медицинский журнал. 2004., № 3.- С.17-20.

13. Ерофеев С.В., Новоселов В. П. Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. - №1. – С. 35-38.

14. Замятина О.Б. Стандарты ИСО в области стоматологии работают в России // Стандарты и качество. - 2004. - № 4. - С. 86-88.

15. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении / Под ред. О.П. Щепина. – М.: Медицина, 2005.- 84 с.

16. Мельников В.С. Отдельные аспекты проблемы ответственности медицинских работников за неблагоприятные исходы медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. – 2002. - №1. – С. 8-12.

17. Михайлов С.М. Научно-практическое обоснование процесса непрерывного улучшения качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Автореф. дисс. докт. мед. наук.СПб.,- 2004. - 48 с.

18. Пашина Г.А., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Исторические аспекты отношения врачей к своим профессиональным ошибкам // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. - №5. – С. 44-46.

19. Пашина Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга, 2006. – 196 с.

20. Рыков В.А. О патологоанатомической экспертизе дефектов медицинской помощи и их правовых последствий // Проблемы экспертизы в медицине. – 2002. - №1. – С. 14-17.

21. Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: учебное пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.

22. Трегубов В.Н. Методические подходы к оценке качества медицинской помощи // Современные аспекты совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном военном госпитале: тез. науч.-практ. конф. – Красноярск, 2004. - С. 58-63.

### А знаете ли Вы, что...

...впервые за всю историю нашей страны создаются национальные клинические протоколы (клинические рекомендации). в настоящее время уже завершается разработка первых 287 клинических протоколов, всего их будет за ближайшие три года подготовлено около полутора тысяч.

Д.А. Балалыкин, Е.Е. Бергер, В.И. Бородулин

## МЕДИЦИНА XVI ВЕКА: МИФЫ ИСТОРИОГРАФИИ И ЗАРОЖДЕНИЕ НАУКИ. ЧАСТЬ I.

Статья посвящена актуальному вопросу истории медицины – анализу мифов историографии, касающихся оценки роли и значения работ А. Везалия и М. Сервета для развития медицины как науки. Особое внимание уделяется уникальной интеллектуальной среде, способствовавшей развитию естествознания в Эпоху Возрождения. По мнению авторов статьи, она была основана не на стихийном материализме отдельных ученых эпохи Возрождения, а в большей степени связана с исключительно напряженной и конкурентной интеллектуальной жизнью христианской Европы периода Реформации и Контрреформации

Ключевые слова: история медицины, Эпоха Возрождения, Андреас Везалий, Мигель Сервет, Гален

Article is devoted to topical issue of history of medicine – to the analysis of myths of the historiography concerning an assessment of a role and value of works of A. Vezaly and M. Servet for development of medicine as sciences. The special attention is paid to the unique intellectual environment promoting development of natural sciences in Renaissance. According to authors of article, it was based not on spontaneous materialism of certain scientists of Renaissance, and more connected with exclusively intense and competitive intellectual life of Christian Europe of the period of the Reformation and the Counter-Reformation

Keywords: history of medicine, Renaissance, Galen, Miguel Servet, Andreas Vezaly

В специальной научной и учебной литературе по истории медицины закономерно большое внимание уделяется событиям XVI века. Это неудивительно – канун научной революции, произошедшей в следующем, XVII веке, был чрезвычайно богат на события.

Эпоха Возрождения – особенное, переломное время в истории Западной Европы, да и скажем прямо, в мировой истории. Представление об этой эпохе, как определяющем моменте в становлении европейской культуры (и науки, как части этой культуры), является общепринятым. Однако, как это часто происходит в историографии, в оценке событий великого европейского Ренессанса мифы причудливо переплетаются с исторической реальностью. История медицины XVI века не является исключением в этом смысле.

Прогресс в накоплении научно достоверных сведений в медицине того времени не подлежит сомнению. Примером такого прогресса являются работы анатома Андреаса Везалия, существенно уточнившего представления о строении человеческого тела. Другой

феномен XVI века – дерзкие гипотезы, пытавшиеся объяснить те или иные важные явления, с которыми сталкивалась практическая медицина. При этом, на уровне развития экспериментальной техники и знаний того времени, эти гипотезы не могли быть доказаны и обоснованы. Порой они выглядели гениальным прозрением ученого, доказанном много позже (пример – гипотеза о «контагии» и принципах передачи инфекционных заболеваний Дж. Фракасторо). Порой они не подтверждались и оставались только исторической ценностью (взгляды Парацельса на организм человека, как баланс химических элементов серы, сурьмы, соли). Интересно, что в естествознании, в целом, ситуация была схожей – появлялись гипотезы, недоказуемые на уровне исследований того времени, но подтвержденные впоследствии. Примером такой гипотезы в астрономии является гелиоцентрическая система Н. Коперника. В соответствии с предположением польского клирика-естествоиспытателя (в современной литературе мало комментируется тот



факт, что Н. Коперник был правоверным католиком и занимал пост каноника епархии) планеты вращались вокруг Солнца по кругообразной траектории. Только к XIX веку астрономы смогли предположить научно обоснованную математическую модель, описывающую настоящие орбиты планет – это описание, как мы знаем, существенно отличается от идеи, предложенной в XVI в. Именно поэтому историки науки говорят о «гипотезе», а не «теории» Н. Коперника, которая не была (и не могла быть) доказана в своё время. Именно недостаточностью доказательного аппарата был обусловлен выбор научного и профессионального сообщества в пользу астрономии Птолемея. Такая ситуация глубоко не случайна. Анализ глобальных явлений в европейской истории XVI века, вызвавших прогресс естествознания, в целом, и медицины, в частности, требует практической оценки историографии медицины XVI века. В данной статье мы попытаемся показать, что, несмотря на обилие литературы (отечественной и зарубежной), посвященной медицинским открытиям и отдельным врачам-исследователям того времени, разобраться в сути исторических явлений, порой, не просто. В литературе, помимо объективного анализа явлений, сложилось немало устойчивых штампов и мифов, искажающих историческую реальность[1].

В отечественной историографии, с советского времени, закрепились точка зрения на открытия эпохи Возрождения, как принципиально новое явление, отрицающее и даже ниспровергающее предшествовавший опыт. В соответствии с ней, ученые новой формации, стихийные материалисты, решительно порвали со средневековой схоластикой, базирующейся на аристотелевой системе естествознания.

Данное мнение игнорирует очевидный факт, хорошо известный в общей теории науки: новая научная парадигма вырывается в лоне предшествующей, основывается на ней и, отталкиваясь от неё, опровергая старые подходы, сохраняет с ними смысловую и познавательную преемственность. Естествознание по Аристотелю, ограниченной частью которого была анатомо-физиологическая система Галена, впитавшая клинические подходы Гиппократов, имела в своей основе здоровый зародыш будущего развития – эмпирический подход (опытное наблюдение и изучение природы) [5]. В медицине, он, в частности, реализовывался в принципе индивидуального наблюдения и подбора лечения пациенту. В современной литературе, посвященной истории естествознания, показаны общеметодологические предпосылки, подготовившие научную революцию с её переходом от опыта и его трактовки к экспериментальному методу в естественных науках – от Аристотеля к Р. Декарту, от Галена к В. Гарвею. Цель данной статьи – подробнее рассказать об этих процессах на конкретных примерах из истории медицины[5], [8].

Андреас Везалий, родившийся в Брюсселе, изучавший медицину в Монпелье и Сорбонне, читал хирургию и анатомию на кафедре в Падуанском университе-

те. Он был и неплохим врачом: в 1559 г. он встретился с Амбруазом Паре в качестве коллег по консилиуму у смертного одра короля Франции Генриха II Валуа; в завершение своей карьеры он служил лейб-медиком императора «Священной Римской империи германской нации» и короля Испании Карла V Габсбурга и его сына Филиппа II. При этом в центре его творческих интересов всегда были «космос» человеческого тела, анатомия в чистом виде – как ветвь естествознания, а не просто подход к лечебной медицине и хирургии.

В отечественной литературе сложился взгляд на работы А. Везалия, как ниспровержение и отрицание системы Галена – этакий реформистский разрыв с прошлым. Такое мнение нельзя считать верным.

Принцип историзма в анализе явлений той или иной эпохи подсказывает необходимость взгляда на творчество того или иного ученого в контексте его образования, происхождения, экономических и социальных условий его творчества. А. Везалий, Дж. Фракасторо, позднее – В. Гарвей и другие – жили и работали не в вакууме, они имели определенное воспитание, религиозные и философские взгляды. Неверно рассматривать их суждение по тому или иному вопросу в отрыве от этой основы. Тот же А. Везалий, которого в советских (и, по инерции, в современных российских) учебниках изображают ниспровергателем анатомических взглядов Галена и создателем научной анатомии, никогда сам себя таковым не считал. Он учился и сложился, как анатом, на трудах Галена. Сам А. Везалий подчеркивает, что, с учетом имеющихся у него новых данных, он лишь продолжает и уточняет взгляды Галена. Признаем, что при этом он спорил со своим великим предшественником в весьма резких выражениях.

Существует, по нашему мнению, единственный правильный взгляд на причины долгого доминирования анатомо-физиологической системы Галена в меди-

**В отечественной историографии, с советского времени, закрепились точка зрения на открытия эпохи Возрождения, как принципиально новое явление, отрицающее и даже ниспровергающее предшествовавший опыт.**

цине. В период безраздельного господства аристотелевской натурфилософской доктрины не возникало импульса её критической оценки. В первой половине XVI века, когда переосмысливались, казалось бы, незыблемые мировоззренческие основы, такой импульс возник. Важной его составляющей стало развитие образования и медицины, в целом. Именно в таком контексте времени на исторической сцене возникают фигуры ученых, трудами которых были заложены основы современной анатомической науки – Андреаса Везалия (1514-1564), Реальдо Коломбо

(1516-1559), Шарля Этьена (1503-1564), Габриэля Фаллопия (1523-1562) и др. В современной историко-медицинской литературе нет четкой науковедческой оценки соотношения работ каждого из упомянутых ученых с хронологическими границами научной революции в естествознании, с одной стороны, и оценкой системы Галена, с другой. В литературе есть оценка работ А. Везалия, Р. Коломбо и др., как творцов фундамента научной анатомии. Значит ли это, что предшествовавшие им анатомические исследования были ненаучными? Можно ли оценить труды Галена, Анри де Мондевиля, Ги де Шолиака, де Лукки и других

**Одним из контраргументов в отношении оценки работ А. Везалия как рубежа между научной и донаучной анатомией является отсутствие в XVI веке четкого разделения между нормальной и патологической анатомией.**

врачей как ненаучные? И утвердительный и отрицательный ответы вряд ли могут быть однозначными - в обоих случаях потребуются оговорки и пояснения. На наш взгляд, это противоречие может быть снято или существенно смягчено при изменении общего взгляда на проблему. В основе методологического переворота в естествознании в процессе научной революции лежит экспериментальный метод как основа познания. Учитывая тот факт, что медицина - не только научная, но и практическая специальность, любое накопление данных о пациенте является, по сути, процессом получения экспериментальных данных. Пространства для умозрительных абстракций, например, в анатомии, почти нет. Очевидно, не следует жестко ставить вопрос о донаучной и научной анатомии применительно к существующему в литературе разграничению работ Галена и А. Везалия. Здесь мы опять касаемся специфики медицины и роли эксперимента в методологии научной революции. Вся анатомическая наука (Гиппократ, Герофил, Гален, де Мондевиль, Везалий, Коломбо и т.д.) носит экспериментальный характер. Самое время вспомнить гневную полемику Гиппократа со схоластами - абстракционистами его времени - софистами и поздними элейцами. Гиппократ стал одним из важнейших действующих лиц рационалистической реформы философии своего времени потому, что исходил из опыта врача-практика в формировании теоретических взглядов на естествознание.

В медицине, в целом, и в анатомии человека, в особенности, историческое развитие шло (в гораздо большей, чем в других естественных науках, степени, по пути накопления и обобщения сугубо практических знаний. Конечно, были моменты острых конфликтов, когда речь шла о преодолении тупика в познании.

Однако, практический характер врачебной специальности всегда служил достаточным иммунитетом к чрезмерным абстракциям.

Еще одним контраргументом в отношении оценки работ А. Везалия как рубежа между научной и донаучной анатомией является отсутствие в XVI веке четкого разделения между нормальной и патологической анатомией. Его, конечно, и не могло быть в отсутствие правильных, экспериментально обоснованных теоретических представлений о нормальном (физиологическом) и патологическом состоянии организма. Время общих теорий патологии придет спустя почти триста лет. Этот недостаток анатомических исследований XVI века позднее верно подметил Фрэнсис Бэкон: «То же самое обычно происходит и в анатомических изысканиях: имеющее отношение к человеческому телу вообще исследуется самым тщательным образом, здесь проявляется живой интерес и отмечается любая мельчайшая деталь; когда же дело доходит до исследования того многообразия, которое мы встречаем в различных телах, энергия врачей вдруг ослабевает. Поэтому я считаю, что общая анатомия исследована самым подробнейшим образом, сравнительная же анатомия требует дальнейшего развития. Действительно, люди научились хорошо исследовать отдельные части тела, их состав, форму, расположение, но они значительно меньше внимания уделяют наблюдениям над различием форм и признаков этих частей у разных людей. Я считаю, что такого рода упущение происходит лишь по той простой причине, что в первом случае может быть вполне достаточно одного или двух вскрытий, а во втором (когда речь идет о сравнении и исследовании отдельных случаев) необходимо внимательное и всестороннее изучение многих трупов. К тому же в первом случае ученые имеют возможность покрасоваться на лекциях перед толпой слушателей, а во втором результат может быть достигнут лишь после долгих и кропотливых исследований»[2].

«Точно так же сравнительная анатомия, опираясь на собранные воедино многочисленные опыты множества врачей, должна очень заботливо и внимательно исследовать и тщательно сопоставлять между собой обнаруженные при различных вскрытиях следы и отпечатки болезней, причиненные этими болезнями повреждения и полное поражение внутренних органов, как-то: нарывы, сокращения, растяжения, конвульсии, вывихи, смещения, завалы, переполнения, опухоли, а также все противоестественные явления, встречающиеся в человеческом теле, например камни, мясистые наросты, шишки, черви и т. п. А ведь до сих пор все это разнообразие явлений либо рассматривается в анатомических исследованиях от случая к случаю, либо вообще обходится молчанием»[3].

Импульс к пересмотру аристотелевой натурфилософской доктрины возник в первой половине XVI века в эпоху жесточайших богословских споров между католиками и протестантами и религиозных войн. Это время расцвета университетов и относительной свобо-

ды университетских дискуссий, когда формировалась уникальная интеллектуальная среда и переосмысливались, казалось бы, незыблемые мировоззренческие основы. В истории медицины это выразилось в росте интереса к анатомии, расширении практики вскрытий в учебных и научных целях. В подобной ситуации, естественно, многие конкретно-анатомические представления корректировались.

Однако здесь возникает очевидный вопрос: есть ли у нас веские аргументы в пользу того, что А. Везалий, Р. Коломбо и их коллеги сносили старое здание анатомио-физиологических знаний, построенное великим римским врачом, а не занимались его капитальным ремонтом? Обычно в качестве главного доказательства реформаторской роли А. Везалия фигурируют выявленные им ошибки Галена, у которого не было достаточного количества трупов и который черпал свои представления об анатомии человека также из опытов на свиньях и обезьянах. Мы полагаем несостоятельным это растиражированное представление - интерес Галена к сравнительной анатомии животных вполне объясним как проявление аристотелевской методологии. Говорят: Везалий исправил 200 ошибок в анатомических атласах Галена. Возразим: но и Гален, по данным разных авторов, исправил то ли 200, то ли 400 ошибок в анатомических таблицах современников и предшественников. Из этого, однако, не делается вывод, что врачи - «эрасистраторы» в Александрии тоже изучали анатомию человека на свиньях, собачках и хомячках. И понятно, что под «ошибками» в анатомии нередко скрываются аномалии и варианты развития[6].

Гален, действительно, очень много занимался сравнительной анатомией, вскрывая (в том числе публично) трупы различных животных. Делал он это в рамках комплексного взгляда на зоологическую систематику и место человека в природе, как высшего создания, присущего аристотелеву естествознанию. Крупные отечественные историки медицины объясняют это нехваткой анатомического материала - дескать, не было человеческих трупов, вот и вскрывал собачек[3]. Но ведь и сам А. Везалий вскрывал трупы животных: «я старательно добивался того, чтобы у меня были под рукою разнообразные человеческие кости, - иные связанные между собою, иные разъединенные и помещенные в ящики; кости младенцев, юношей, стариков, женщин и мужчин, которые, благодаря усердию моему и других кандидатов медицины в школах Италии, были в мое распоряжении в большом количестве, вместе с костями собаки, иногда обезьяны и некоторых других животных» [7, С.577]. «привлекая к работе либо собак, либо ягненка, сначала я обнажал большую часть их от кожи и, вскрыв грудную полость и брюшину и, сверх того, череп, рассекал таким образом, чтобы почти все части представлялись для беглого осмотра и легко было ощупать рукою во время преподавания какую угодно из них» [7, с. 578]. Зачем это было нужно А. Везалию, великому ниспровергателю Галена?

Причина одна: А. Везалий, как и Гален, видел определенную единую логику творения живого мира, которая проявлялась в сходстве анатомии животных и человека. Для А. Везалия, как и для Галена, было крайне важно это сходство прояснять и выявлять. При этом, бесспорно, у А. Везалия на первый план уже выходил живой интерес к практическому изучению анатомии человека. Но экспериментальный подход у естествоиспытателя А. Везалия еще соседствовал с аристотелизмом - телеология, сравнительная анатомия и др[1].

Мы рассматриваем историю анатомии от Герофила и Галена до Везалия и Коломбо как единый эволюционный процесс накопления знаний. Такая историко-медицинская концепция лучше вписывается в общеисторический фон: в XVI веке развивается система образования, над дискуссиями властвует дух свободы, в обучении на медицинских факультетах усиливается практическая составляющая. Проводится больше вскрытий, накапливаются новые материалы, происходит быстрый рост уровня знаний. Конкуренция различных университетов и развитие книгопечатания способствуют распространению этих знаний. Естественно, что рост числа изданий вроде страсбургских печатных анатомических таблиц Якоба Фрелиха (1544) в недалеком будущем лишит книги Галена прежней научной актуальности[1].

К вышесказанному следует добавить: заложив основы современной сравнительной анатомии человека, Везалий и другие анатомы Возрождения, разумеется, и не думали о хирургической анатомии - она стала детищем XIX века.

Нам представляется, что Везалий, «приравненный» в истории медицины к создателю научной физиологии - Вильяму Гарвею, - один из устойчивых мифов истории естествознания. Для потомков он должен стоять первым среди великих врачей-анатомов Возрожде-

**В XVI веке в Западной Европе действительно сложилась уникальная интеллектуальная среда, способствовавшая развитию естествознания.**

ния, перестроивших здание анатомио-физиологической системы Галена. Методология Везалия, в духе времени, подразумевала опору на опытное знание, но не на эксперимент и измерение. У В. Гарвея же мы видим методологию науки Нового времени, и это уже начало научной революции в Европе.

В XVI веке в Западной Европе действительно сложилась уникальная интеллектуальная среда, способствовавшая развитию естествознания. Причина - вовсе не в стихийном материализме отдельных ученых эпохи Возрождения. Она состоит в исключительно напря-

женной и конкурентной интеллектуальной жизни христианской Европы периода Реформации и Контрреформации. Именно богословская дискуссия между католиками и протестантами, вылившаяся в жестокое противостояние, порой принимавшее военно-политические формы, и стала причиной образования подобной среды.

Чрезвычайно интересна в этом отношении фигура Мигеля Сервета. Он родился в Испании, изучал медицину в Парижском университете, под руководством и врача-анатома Якоба Сильвиуса (латинизированное имя Жака Дюбуа).

**Между тем, в советской и даже современной российской историко-медицинской литературе М. Сервет до сих пор ошибочно именуется «мучеником науки».**

Посмертная известность Сервета обусловлена двумя обстоятельствами. Во-первых, его трагической кончиной: он был сожжен на костре в Женеве как упорствующий еретик по указанию Ж. Кальвина и приговору гражданского суда. Главная книга его жизни «Восстановление христианства» - опубликована в 1553 г.; автор выступил с религиозными взглядами, извращающими основные христианские догматы, за что немедленно подвергся преследованиям как со стороны католиков, так и со стороны протестантов. Почти все экземпляры этого труда были сожжены.

Между тем, в советской и даже современной российской историко-медицинской литературе М. Сервет до сих пор ошибочно именуется «мучеником науки». Надо твердо сказать, что смерть М. Сервета никак не была связана с его научной деятельностью. Более того, заметим, что «мрачная инквизиция», якобы столетиями терроризировавшая ученых всей Европы, к его смерти также не имела никакого отношения. При этом религиозные взгляды М. Сервета, сектантские по своей сути, вызывали дружное неприятие всех основных направлений европейской религиозной мысли своего времени.

В «Восстановлении христианства» действительно есть фрагмент, содержащий описание движения крови в легких. Этот текст послужил основанием для второй причины посмертной известности М. Сервета: в истории естествознания и медицины за ним закрепилась слава первооткрывателя малого круга кровообращения. Критическое рассмотрение обстоятельств этого открытия не позволяет, однако, присоединиться к такой лестной для М. Сервета точке зрения. Первое принципиальное возражение заключается в том, что ни М. Сервет, ни его коллеги-современники вообще не

могли в то время сделать такое открытие: представление о движении крови по большому и малому кругам кровообращения было введено только Гарвеем, и произошло это не в XVI, а уже в XVII веке. Согласитесь: для того, чтобы правильно описать часть системы кровообращения (например, её малый круг), надо хотя бы догадываться о существовании всей системы в целом.

Второе возражение связано с существованием труда известного арабского врача Ибн ан-Нафиса, жившего в XIII веке, работавшего в Дамаске и Каире. Этот труд - комментарии к анатомическому разделу «Канона медицины» Ибн Сины - содержит рассуждения о движении крови из правого желудочка сердца по легочному стволу в легкие, а затем через левое предсердие - снова в сердце. Поскольку Ибн ан-Нафис жил на два с половиной столетия раньше, нельзя считать М. Сервета пионером этой идеи, не сделав оговорки, что речь идет только о европейской науке. При сравнительном анализе рукописей выявляется поразительное сходство текстов интересующих нас фрагментов.

И Ибн ан-Нафис, и М. Сервет должны были знать тексты Галена (в переводах соответственно на арабский и на латинский языки), тоже писавшего о движении крови из легких в сердце: «В самом деле, через посредство меньшего отверстия сердце сообщается с легочными артериями, а через посредство большего - со всеми артериями, расходящимися в животном. Менее важны отверстия другой сердечной полости, называемой «снабжающей кровью»; однако и их значение превышает значение других частей сердца, так как через одно кровь вливается в сердце, а через другое она течет в легкое. ... для легкого лучше всего было получать питание от сердца. Итак, если из этих двух сосудов один с простой оболочкой, вступает в сердце, тогда как другой с двойной оболочкой выходит из него, то необходимо было существование одной общей полости, как бы своего рода резервуара, в котором сходятся оба эти сосуда и откуда при помощи одного всасывается кровь, при помощи другого выбрасывается. Этот резервуар не что иное, как правый сердечный желудочек, созданный, как мы это показали, в интересах легкого. Поэтому животные, лишенные легкого, не имеют двух сердечных полостей, но у этих животных есть только один орган, управляющий движениями всех артерий»[3].

Подробный анализ текстов Ибн-ан-Нафиса и Галена и М. Сервета, ранее неоднократно выполнялся авторами настоящей работы[3]. Мы не видим текстуальной близости у М. Сервета с Галеном, и видим ее у М. Сервета с Ибн ан-Нафисом: общий ход рассуждения, сходная система доказательств, использование аналогичной терминологии не могут не наводить на мысль о заимствовании даже при наличии некоторых фактографических несовпадений. Так, например, М. Сервет считал, что не вся кровь идет описанным путем, но «что-то может просачиваться». И конечно, как и Ибн ан-Нафис, М. Сервет писал о легочном кровообращении не как физиолог (так писали Гарвей и его

последователи), а как богослов, который занят решением проблемы формирования, движения в организме жизненного духа. Рассматриваемый фрагмент его сочинения не дает никаких оснований для признания его врачом-естествоиспытателем, представителем опытного знания.

Были у М.Сервета и другие, в том числе специальные медицинские труды. Сама тематика и названия трех медицинских трудов - «Апология против Фукса» (с рассуждениями о природе «галльской болезни», т.е. сифилиса); «О применении микстур» (1537); «Апология астрологии» (с призывом учитывать стояние звезд и погодные условия при лечении болезней) - типичны для схоластической медицины. Ему принадлежат также географический труд, с указанием приоритета Колумба в открытии Америки; богословское сочинение «Об ошибках троичности». Все труды М.Сервета говорят нам о том, что их автор рассуждал в категориях и терминах средневековой схоластики[4].

Таким образом, на оба принципиальных вопроса: «Принадлежал ли М.Сервет к анатомам-естествоиспытателям круга Везалия?» и «Был ли М.Сервет первооткрывателем малого круга кровообращения?» - мы вынуждены дать отрицательные ответы. Он был характерной фигурой той эпохи: богослов и врач, пылкий мыслитель и яростный спорщик (со всеми и обо всем), он прочно оставался на методологической платформе средневековой схоластической медицины, при всем своем бунтарстве смотрел в прошлое, а не в будущее, которое было за экспериментальным методом[4].

Фигура М. Сервета очень поучительна в качестве феномена мифологизации истории науки. М. Сервет по происхождению испанец, хотя и провел большую часть жизни за пределами Испании. История медицины этой страны, в отличие от России, не слишком богата талантами мирового масштаба – это и привело к возникновению настоящего культа личности незадачливости бедолаги-богослова. Изучение жизни и деятельности М. Сервета гордо именуется в Испании «серветологией». Современная «серветология» в Испании сходна с пушкинианой в России – ее масштаб невозможно объяснить ни одному иностранцу. В случае с Пушкиным оттого, что он создатель русского литературного языка, и удивительная музыка пушкинских строк не поддается никакому переводу. В случае

с Серветом – оттого что он, покинувший Испанию в ранней юности и никогда туда не вернувшийся, составляет, как и Пушкин для России, неоспоримый предмет национальной гордости. Труды Сервета, как теологические, так и медицинские, издаются и переиздаются. Общеизвестным центром серветологии является Институт Сервета в Вильянуэве (провинция Уэска, Арагон), находящийся в доме, где он предположительно родился. Во множестве испанских городов есть улицы, названные его именем. История его жизни, творчества и гибели изучается в школах. Очередной всплеск интереса к жизни Мигеля Сервета произошел в 2011 г. – год его предположительного 500-летнего юбилея. Тогда увидело свет фундаментальное биографическое исследование Фр.Гонсалеса Эчеверри, с подробным исследованием родословной Сервета и введением в оборот новых источников.

Список источников и литературы:

1. Балалыкин Д. А. Зарождение медицины как науки в период до XVII века. – М.: Весть, 2013. – 256с.
2. Бэкон Ф. Сочинения в двух томах. Т. 1. /Академия наук СССР Институт философии – М.: Издательство социально-экономической литературы «Мысль», 1971. – С. 266.
3. Гален. О назначении частей человеческого тела / Под ред. В.Н. Терновского. – М.: Изд-во «Медицина», 1971.- С. 228.
4. Бородулин В.И., Бергер Е.Е. К истории медицины Возрождения: врачебные взгляды и медицинские труды Мигеля Сервета // Вопросы социальной гигиены и история медицины. - 1994. - № 1. - С. 54-57.
5. Балалыкин Д.А., Шок Н.П. Взаимодополняющее развитие натурфилософии и медицины в Древней Греции. - Главный врач: хозяйство и право. - №2. – 2013. – С. 47-52.
6. Балалыкин Д.А., Шок Н.П. История медицины как предмет научного исследования. - Человеческий капитал. - № . –
7. А. Везалий. О строении человеческого тела. В семи книгах. Том 2. / Под ред. В.Н. Терновского. – М.: Изд-во Академии наук СССР, 1954.
8. Зудгоф К. Развитие анатомии и хирургии в XV веке / Мейер-Штейнег, К.Зудгоф. - История медицины // Пер. с нем. - М., 1925. – С. 301.

### А знаете ли Вы, что...

....в 2012 году были разработаны и утверждены 797 стандартов медицинской помощи, которые позволили просчитать потребность в финансовых ресурсах для реализации программы.



А.В.Тихомиров

ТЕОРИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ  
И МЕДИЦИНСКОГО ДЕЛИКТА

Москва, 2012

**А.В.Тихомиров**  
**ТЕОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ**  
**УСЛУГИ И МЕДИЦИНСКОГО**  
**ДЕЛИКТА:**  
**учебно-научное пособие**

110 стр

ISBN 978-5-903416-30-1

Настоящая монография – продолжение комплексного исследования, начатого в 1996 году книгой «Медицинская услуга: Правовые аспекты» и продолженного монографиями «Медицинское право: практическое пособие» (1998), «Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг» (2000).

Книга представлена как сборник авторских работ, в разное время напечатанных в журналах «Главный врач: хозяйство и право» и «Медицинская экспертиза и право» и объединенных смысловым единством.

Предназначена для тех, кому необходимы знания о предмете, с которым они имеют дело, т.е. прежде всего для руководителей медицинских организаций и медицинских юристов. Очевидно, без владения основами обязательственной организации медицинской деятельности нельзя ни тем, ни другим.

Полезна для практиков и ученых, аспирантов и студентов юридических и медицинских вузов.

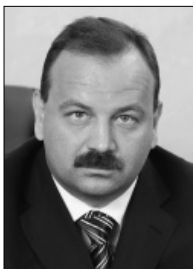


ЮрИнфоЗдрав

**Некоммерческое партнерство**  
**Информационно-правовой центр “ЮрИнфоЗдрав”**

127521, Москва, а/я 41, тел. (495) 971-85-17

Web: <http://www.jurinfozdrav.ru> E-mail: [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru)



**Балалыкин Дмитрий Алексеевич** – д.м.н., д.и.н., профессор, зав. кафедрой истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова



**Баринов Евгений Христофорович**, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ  
Координаты для связи: 111396, г. Москва, Федеративный пр., д. 17, кор. 6 (70 ГКБ),



**Бергер Елена Евгеньевна** – к.и.н., доцент кафедры истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова



**Бородулин Владимир Иосифович** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НИИ истории медицины РАМН



**Каменева Ксения Юрьевна** - ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ.  
Контактная информация: E-mail: LizardKs@mail.ru



**Константинов Дмитрий Юрьевич**, доцент, Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрав-соцразвития России.  
Контактная информация: E-mail: dk.samgmu@mail.ru, foges@rambler.ru



**Купрюшин Алексей Степанович** – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой клинической морфологии и судебной медицины ГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет».  
Контактная информация: E-mail: kas-agm@rambler.ru



**Купрюшина Наталья Викторовна** – к.м.н., заведующая патолого-анатомическим отделением ГБУЗ Пензенской Областной КБ им. Н.Н. Бурденко.  
Контактная информация: E-mail: kas-agm@rambler.ru



**Миселёва Марина Александровна** -помощник юрис-консульта ООО «Центр медицинского права»  
Координаты для связи: 644029, г. Омск, ул. 19 Партсъезда, 5 офис 2;  
E-mail: miselova@pravomed.ru



**Панов Алексей Валентинович**, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», управляющий ООО «Центр медицинского права», юрист  
Координаты для связи: 644029, г. Омск, ул. 19 Партсъезда, 5 офис 2



**Очирова Марина Артуровна** - врач – судебно-медицинский эксперт ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы».



**Поспелова Светлана Игоревна** - кандидат юридических наук, старший преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.



**Романовская Ольга Валентиновна** - д.ю.н., профессор кафедры «Частное и публичное право» Пензенского государственного университета  
Контактная информация: E-mail: vlad93@sura.ru



**Тихомиров Алексей Владимирович**, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», д.м.н, к.ю.н.  
Координаты для связи: 127521,г.Москва, а/я 41, НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав»



**Чебыкин Андрей Вячеславович** – доцент, кафедра общественного здоровья и здравоохранения; Самарский медицинский институт «РеаВиЗ»  
Контактная информация: E-mail: CHEBYKIN79@mail.ru



## ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ К ПУБЛИКАЦИИ

1. Общие требования к предоставляемым материалам:

1.1. Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала.

1.2. Язык публикуемых статей – русский.

1.3. Объем статьи не лимитируется (статьи объемом более 30000 знаков публикуются частями в последовательных номерах).

1.4. Статьи публикуются в порядке очередности их представления. В случае если автор является подписчиком журнала, представляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации. Если статья имеет несколько соавторов, то право приоритета в сроках публикации возникает при условии подписки на журнал на год всех авторов, в противном случае статья публикуется в общей очередности.

1.5. Статьи публикуются при положительном решении редакции о публикации. В случае отказа автору направляется мотивированный отказ.

1.6. К рассмотрению принимаются статьи, направленные в редакцию:

- на электронном носителе (дискета, CD, DVD, флешдиск);

- посредством электронной почты на адрес издательства [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru).

Представление статьи на бумажном носителе не обязательно.

1.7. Статья представляется в виде одного файла. Формат файла MS Word или rtf. Желательно использование популярных шрифтов (Times New Roman, Arial и т.д.), размер шрифта на усмотрение автора. Межстрочный интервал – полуторный. Таблицы оформляются средствами MS Word непосредственно в статье. Рисунки, фотографии, любые иные графические материалы, используемые в статье, представляются каждый в отдельном файле (наименование файла соответствует ссылке на него в статье). Название графического материала приводится в ссылке на этот материал. Нумерация графических материалов производится арабскими цифрами. Графические материалы печатаются в черно-белом исполнении вне зависимости от формата их представления в цвете или нет.

1.8. Минимальные требования к содержанию файла:

1 страница – титульный лист, содержащий, наименование статьи (прописными (большими) символами), ФИО автора(ов), его (их) ученые степени, звания, контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

2 страница и последующие – текст статьи

1.9. Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

1.10. Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары также не выплачиваются. Рекламные материалы (включая скрытую рекламу) публикуются только за установленную плату и лишь в случае соответствия редакционной политике.

1.11. Направляя статью для публикации, автор соглашается с ее публикацией в открытом доступе через год после опубликования в журнале на сайте Индекса научного цитирования, что является одним из требований включения журнала в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России.

2. Требования к научным статьям

2.1. Научные статьи подлежат независимой экспертизе (рецензированию). Рецензенты – доктора или кандидаты наук.

2.2. Титульный лист научной статьи должен содержать (обязательны все элементы, перечисленные ниже):

1) ФИО автора(ов), ученые степени, звания, должность и место работы, контактная информация (почтовый адрес с индексом, телефон, адрес электронной почты) – если авторов несколько, указывается информация по каждому автору

2) Наименование статьи (прописными знаками)

3) Краткую аннотацию статьи (на русском и английском языках)

4) Перечень ключевых слов (на русском и английском языках)

2.3. В конце статьи обязателен библиографический список использованных в статье материалов. Оформление библиографического списка должно соответствовать ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Мисюлин Сергей Сергеевич**, Председатель Правления НП "Содействие объединению частных медицинских центров и клиник", к.м.н. (г. Москва) – **председатель**

**Акопян Андрей Степанович**, директор Центра репродукции человека МЗиСР, д.м.н. (г. Москва)

**Ануфриев Сергей Анатольевич**, исполнительный директор Некоммерческого партнерства "Единая медицина", к.м.н. (г. Санкт-Петербург)

**Баринев Евгений Христофорович** - доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, к.м.н. (г. Москва).

**Борисов Дмитрий Александрович**, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.

**Вандышев Валерий Васильевич**, д.ю.н., профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин юридического факультета НОУ Межрегиональный институт экономики и права (г. Санкт-Петербург)

**Егоров Константин Валентинович**, ст. преподаватель Кафедры государственно-правовых дисциплин Казанского филиала ГОУ ВПО Российская академия правосудия, к.ю.н.

**Кадыров Фарит Накипович**, заместитель председателя комитета правительства Санкт-Петербурга по здравоохранению по экономическим вопросам, д.э.н. (г. Санкт-Петербург)

**Лазарев Сергей Владимирович**, Председатель Правления НП «Федерация медицинских бизнес-экспертов», к.м.н. (г. Москва)

**Леонтьев Олег Валентинович**, профессор, филиал государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург), д.м.н.

**Назарова Инна Борисовна**, заместитель директора аналитического Центра Высшей школы экономики (Государственный университет) д.э.н., канд. социол. наук, (г. Москва)

**Тихомиров Алексей Владимирович**, д.м.н., к.ю.н. (г. Москва)

**Ходачек Александр Михайлович**, д.э.н., профессор, директор СПб филиала государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург)

**Холиков Иван Владимирович**, Главное Военно-медицинское управление Минобороны РФ, д.ю.н. (г. Москва)

**Черепанова Изольда Семеновна**, д.м.н., профессор, кафедра управления и социологии здравоохранения ФУВ РГМУ (г. Москва)

## РЕДАКЦИЯ

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович - главный редактор  
ИВАНОВ Алексей Викторович - выпускающий редактор

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

ЛЕОНТЬЕВ Олег Валентинович, Санкт-Петербург  
ПАНОВ Алексей Валентинович, Омск  
БАРИНОВ Евгений Христофорович, Москва

**ДИЗАЙН**

АФОНИН Юрий Иванович

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Редакция не несет ответственности за достоверность сведений, содержащихся в опубликованных авторских материалах, как и за содержание рекламных объявлений.

Воспроизведение текстов и фотографий в любом виде, на любом носителе и на любом языке, полностью или частично, в том числе в электронных базах и в электронных

СМИ, без разрешения редакции не допускается и преследуется в порядке, предусмотренном законом.

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр "ЮрИнфоЗдрав"

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.  
Регистрационное свидетельство ПИ №77-16321 от 29.08.2003 г.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

127521, Москва, а/я 41 НП ИЦ "ЮрИнфоЗдрав"  
Тел./факс: (495) 971-85-17  
E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Тираж 1000 экземпляров.