ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра судебной медицины

ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА (ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ)

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Часть 2

КРАСНОДАР - 2018 г.

УДК614.25:340.6(075.8)
ББК51.1
О - 75

Составители сотрудники кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации:

Канд. мед. наук, доцент **Л.И. Ломакина,**
Доктор мед. наук, профессор **В.А. Породенко,**
Канд. мед. наук, доцент **Е.Н. Травенко,**
Канд. мед. наук, доцент **Е.И. Быстрова,**
Ассистент **А.В. Ильина.**

Под общей редакцией Заслуженного врача РФ, академика РАЕ,
доктора медицинских наук профессора В.А. Породенко.

Рецензенты:

Л.А. Эртель, доктор медицинских наук, профессор**,** профессор кафедры криминалистики и правовой информатики Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный университет»

Е.П. Клипко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры криминалистики Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный аграрный университет имени И.Т. Трубилина».

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.05.02 – Педиатрия (уровень специалитета), утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 17 августа 2015 г. № 853. Пособие является продолжением изданной ранее первой части, содержит актуальную информацию, включающую нормативные акты по состоянию на май 2017 г. года. Предназначено для студентов педиатрического факультета, но может быть использовано для решения правовых вопросов медицинской деятельности студентами всех факультетов медицинских вузов, а также практическими врачами и специалистами здравоохранения.

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол № 1 от 07.09. 2017 г.

Содержание

Введение 4
1. Ювенальное право 7
2. Правовое обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и охраны окружающей среды 48
3. Правовые вопросы профилактики инфекционных заболеваний 71
4. Правовые и медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни 91
5. Правовое регулирование медицинских экспертиз и медицинского освидетельствования 118
6. Права и обязанности медицинских работников и медицинских организаций 144
7. Врачебные ошибки, ятрогении и правонарушения в медицине 170
8. Приложение..... 197

ВВЕДЕНИЕ

В связи с вступлением в силу 27 сентября 2015 г. Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия и профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. № 306н, образовательный процесс на педиатрическом факультете КубГМУ совершенствуется в соответствии с новыми нормативами, что, безусловно, требует обращения к медицинскому законодательству, которое на современном этапе характеризуется не только динамичностью, но и значительным увеличением законодательной базы.

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия предусматривает особые условия допуска к работе врача-педиатра, среди которых «Отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных действующим законодательством Российской Федерации» (в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, ст. 351.1); «Соблюдение врачебной тайны, клятвы врача, принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами (в соответствии со ст. 71 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»); Соблюдение законодательства в сфере охраны здоровья, нормативных правовых актов и иных документов, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи».

Анализ трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый», позволил выделить основные компоненты, которые непосредственно могут быть отнесены к дисциплине «Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты)».

Для выполнения трудовых функций по назначению лечения детям и контролю его эффективности и безопасности, в стандарте указаны необходимые знания - «Правила получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение лечения».

Для выполнения трудовых функций по проведению профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей, необходимо знать – «Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, прохождения диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказания медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Для выполнения трудовых функций по организации деятельности медицинского персонала и ведению медицинской документации трудовые действия врача-педиатра участкового включают такие необходимые умения и знания, как: правила получения и получение согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных; правила получения и получение добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику. Кроме того, указана необходимость знания Законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативных правовых актов, определяющих деятельность медицинских работников и медицинских организаций.

В связи с вышеизложенным нами определена **цель подготовки данного пособия** - способствовать формированию профессиональных компетенций специалиста здравоохранения педиатрического профиля, относящихся к решению правовых вопросов, связанных с профессиональной медицинской деятельностью.

Пособие содержит основные информационные материалы, по авторской программе дисциплины «Основы профессиональной деятельности врача», разработанной преподавателями кафедры судебной медицины КубГМУ в соответствии с требованиями ФГОС-3+ ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 – Педиатрия.

Данное издание предназначено для студентов педиатрического факультета КубГМУ, а также и для студентов всех факультетов медицинских вузов, так как содержит информацию по законодательному регулированию медицинской деятельности согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и другим современным законодательным актам. Информационно-справочные материалы, изложенные в пособии, предназначены для самостоятельного изучения студентами при подготовке к практическим занятиям, лекциям, тестированию и зачету, а также при подготовке рефератов и других самостоятельных работ.

Сведения, представленные в пособии, необходимы для решения медико-правовых и деонтологических вопросов профессиональной медицинской деятельности и могут быть использованы специалистами здравоохранения как в практическом аспекте, так и в плане повышения квалификации. Кроме того, они могут быть полезны преподавателям медицинских вузов, медицинским работникам и юристам.

Часть вторая пособия содержит 6 тем, каждая из которых включает план, рекомендуемую литературу, справочно-информационный материал в виде основных положений и структурно-логических схем, а также контрольные вопросы. В приложении даны тестовые задания, работа над которыми позволит студенту проконтролировать степень усвоения материала.

В настоящем пособии используются следующие сокращения:

ВМА - Всемирная медицинская ассоциация.

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения.

ГК - Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ (ред. от 07.02.2017 г.).

Закон об охране здоровья – Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

КК - Краснодарский край.

КоАП – Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195 ФЗ (ред. от 28.12.2016 г. с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017 г.).

«Концепции реализации государственной политики по ... профилактике алкоголизма» - Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.

МЗ - Министерство здравоохранения РФ.

МКБ - Международная классификация болезней.

РКБТ - Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.

СК – Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.).

ТК – Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ (ред. от 18.06.2017 г.).

УК – Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 07.06.2017 г.).

ФГОС ВО - федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования.

ФЗ – Федеральный закон.

ФЗ «Об иммунопрофилактике…» - Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157–ФЗ (ред. от 31.12.2014 г., с изм. от 19.12.2016 г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - Федеральный закон от 30.03.1999 г. №52-ФЗ (в ред. ФЗ от 03.07.2016 г. № 305-ФЗ) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ...табака» - Федеральный закон от 23.02.2013 г. №15-ФЗ (ред. от 26.04.2016 г. № 115-ФЗ) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

ТЕМА: ЮВЕНАЛЬНОЕ ПРАВО

Цель: Изучить особенности правовой защиты несовершеннолетних.

План

1. Понятие ювенального права, его предмет, метод, система, источники.
2. Вопросы охраны здоровья детей в законодательстве России.
3. Правовое положение несовершеннолетних в сфере гражданских отношений.
4. Охрана семьи и несовершеннолетних по семейному праву.
5. Правовое положение несовершеннолетних в сфере трудовых отношений.
6. Ответственность несовершеннолетних по административному и уголовному праву.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.
2. Конвенция о правах ребенка.
3. ФЗ РФ от 24.07.1998 г. №124-ФЗ (ред. от 28.12.2016 г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Толстой В.С., Сумской Д.А. Ювенальное право. Учебное пособие. - М.: РГСУ, 2015 г. – 470 с.

Дополнительная

1. ФЗ от 29 декабря 2010 года №436-ФЗ (ред. от 29.06.2015 г.) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».
2. Закон КК о мерах по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае. Принят ЗС КК 16 июля 2008 года (в ред. от 03.03.2017 г. №3573-КЗ).
3. Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. №822н (ред. от 03.09.2015 г.) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
4. Приказ МЗ РФ от 11 апреля 2013 г. №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.
5. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы».
6. Стратегия Совета Европы в области защиты прав ребенка (2016-2021 гг.)
7. Факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии. Бюллетень международных договоров, 2014 г. - № 6.
8. Морозов Н.И., Морозова А.Н. Ювенальная юриспруденция. В 4 томах. - М.: Прометей, 2016 г.

1. Понятие ювенального права, его предмет, метод, система, источники.

Этимологически термин «ювенальный» берет свое начало от латинского слова juvenis (junior), что означает - молодой, юный, а также - молодой человек, юноша, девушка.

Ювенальное право – это отрасль российского права, которая представляет собой совокупность норм, регулирующих права, обязанности, гарантии и ответственность несовершеннолетних во всех сферах их жизнедеятельности.

Ювенальное право состоит из системы правовых норм, обеспечивающих юридическое регулирование общественных отношений, связанных с установлением, реализацией и гарантированием основ правового статуса ребенка в РФ, регулированием имущественных и личных неимущественных прав, и свобод, законных интересов несовершеннолетних, условия их юридической ответственности.

Как любая отрасль права, ювенальное право отличается предметом и методом правового регулирования. Предмет регулирования ювенального права составляет не ребенок как таковой, а совокупность общественных отношений, одной из сторон в которых выступает несовершеннолетний (табл.1.1).

Таблица 1.1.

Предмет ювенального права

Предмет ювенального права – совокупность общественных отношений, одной из сторон в которых выступает несовершеннолетний	
Ювенальные правоотношения	Система общественных отношений, в рамках которых несовершеннолетний наделяется специфическими субъективными правами и несет особые юридические обязанности
Общественные отношения	Условия и порядок обеспечения надлежащего статуса ребенка в отношениях, урегулированных профилирующими отраслями права (конституционным, финансовым, налоговым, семейным, гражданским, гражданско-процессуальным, трудовым, социального обеспечения, административным, уголовным, уголовно-исполнительным, уголовно-процессуальным и др.)
	Личные неимущественные и имущественные, социально-экономические, политические отношения, в которых ребенку как их участнику противостоят взрослые
	Формы и порядок юридической ответственности несовершеннолетних

Их круг составляют: условия и порядок обеспечения надлежащего статуса ребенка в отношениях, урегулированных профилирующими отраслями права (конституционным, финансовым, налоговым, семейным, гражданским, гражданско-процессуальным, трудовым, социального обеспечения, административным, уголовным, уголовно-исполнительным, уголовно-процессуальным и др.); личные неимущественные и имущественные, социально-экономические, политические отношения, в которых ребенку как их участнику противостоят взрослые; формы и порядок юридической ответственности несовершеннолетних в русле отношений, связанных со становлением и функционированием системы ювенальной юстиции. Очевидно, что круг указанных общественных отношений предельно разнороден. Единым началом в них выступает лишь один из субъектов - несовершеннолетний.

Говоря о предмете ювенального права, нельзя не упомянуть о понятии ювенального правоотношения. Последнее можно определить, как систему общественных отношений, в рамках которых несовершеннолетний наделяется специфическими субъективными правами и несет особые юридические обязанности, посредством которых он связан с другими субъектами этих отношений.

Спецификой ювенальных правоотношений является возможность ребенка участвовать в них как непосредственно (в личном контакте со вторым субъектом правоотношения), так и опосредованно (например, через законных представителей); с одной стороны, при регулировании этих отношений несовершеннолетним устанавливаются определенные льготы (привилегии), с

другой - сужаются или расширяются некоторые общие возможности участия в соответствующих правоотношениях его субъектов. Специфика ювенально-правовых отношений заключается в том, что анализируемая отрасль права наделяет ребенка правовыми средствами удовлетворения его потребностей и интересов в различных общественных отношениях, обязывая другую сторону правоотношений исходить, прежде всего, из интересов несовершеннолетнего (табл. 1.2).

Таблица 1.2.

Специфические признаки ювенальных правоотношений

<table>
<tr><th colspan="2">Специфика ювенальных правоотношений</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Возможность ребенка участвовать
в правоотношениях
как непосредственно (в личном контакте
со вторым субъектом правоотношения),
так и опосредованно (через законных
представителей)</td><td>При регулировании этих отношений
несовершеннолетним с одной стороны,
устанавливаются определенные льготы (привилегии)</td></tr>
<tr><td>С другой стороны - сужаются или расширяются
некоторые общие возможности участия
в соответствующих правоотношениях его субъектов</td></tr>
</table>

Под методом правового регулирования любой отрасли права понимается система правовых средств и способов, при помощи которых нормы права воздействуют на общественные отношения, входящие в ее предмет (табл. 1.3).

Таблица 1.3.

Метод правового регулирования ювенального права

<table>
<tr><th colspan="2">Понятие - система правовых средств и способов,
приемов регулирования поведения субъектов ювенальных правоотношений</th></tr>
<tr><td>По содержанию воздействия на общественные
отношения метод ювенального права является
преимущественно дозволительным</td><td>По форме предписания метод
ювенального права является
преимущественно императивным</td></tr>
</table>

То есть, метод обусловлен закономерностями и особенностями предмета правового регулирования, и воздействием на ювенальные правоотношения, регулируя тем самым поведение их субъектов.

Комплексный характер ювенального права не дает возможности указать лишь на один доминирующий метод правового регулирования. Ювенальному праву присуще сочетание действия различных, зачастую противоположных друг другу по характеру воздействия методов, относящихся как к числу императивных, так и диспозитивных.

Таким образом, метод ювенального права должен, с одной стороны, предоставлять детям широкие возможности для реализации их прав, свобод и интересов, а с другой - уменьшать ответственность по сравнению со взрослыми, устанавливать высокую степень защиты ребенка государством, необходимую для его благополучия. На основании изложенного можно сделать вывод о том, что по содержанию воздействия на общественные отношения метод ювенального права является преимущественно дозволительным, а по форме предписания - преимущественно императивным.

Главной задачей ювенального права должно стать комплексное воздействие на общественные отношения с участием несовершеннолетних, которые в настоящее время регулируются различными отраслями российского права: конституционным, гражданским, семейным, трудовым, административным, уголовным, уголовно-исполнительным, гражданско-процессуальным, уголовно-процессуальным и др.

Важной характеристикой ювенального права является его структура.

Структура права - это объективно обусловленное комплексом регулируемых общественных отношений внутреннее строение права, выражающееся в объединении и расположении

нормативного материала в определенной последовательности. Деление отрасли права на составляющие основано на понятиях правового института и нормы права.

Под институтом ювенального права понимается сложившаяся внутри нее обособленная, выделившаяся группа правовых норм, регулирующая качественно однородные общественные отношения с участием несовершеннолетних (например, гражданско-правовые, семейные, трудовые).

Первичной составляющей любой отрасли права является правовая норма. Норма ювенального права - это общеобязательное веление, выраженное в виде государственно-властных предписаний, которое призвано самостоятельно осуществлять охрану прав несовершеннолетнего (или усиливать действие иных правовых норм) и регулировать специфические по своему содержанию общественные отношения.

Система ювенального права нашла свое закрепление в многочисленных нормативных правовых актах иных отраслей права. В некоторых из них ювенальные нормы рассредоточены по различным отраслевым документам, и правоприменителю потребуется немало времени на их отыскание. В других они представлены в кодификационных документах и объединены в основном в их специальных разделах или главах.

Не все ювенальные отношения подлежат правовому регулированию. Многие из них упорядочиваются существующими традициями и общественной моралью (например, отношения дружбы, товарищества, уважения, преданности, любви). Нормы права должны применяться для регулирования существующих отношений при условии признания за последними особой социальной значимости и лишь в случае такой необходимости.

Ювенальное право в правовой доктрине и юридической литературе принято рассматривать и как самостоятельную отрасль права, и как межотраслевой институт, и как отрасль законодательства, и как область научного познания, и, наконец, как учебную дисциплину.

Ювенальное право, как наука составляет часть юридической науки. Она представляет собой систему идей, взглядов, представлений, знаний, положений, предложений о правах и законных интересах несовершеннолетних в российском обществе и государстве, истории развития и становления правового статуса ребенка в России, особенностях правового положения несовершеннолетних за рубежом и специфике международных стандартов в области правового регулирования общественных отношений с участием несовершеннолетних. Эта наука находится в стадии своего развития, привлекая к себе внимание все новых и новых исследователей.

Наука ювенального права занимается исследованием содержания общественных отношений с участием несовершеннолетних, выявлением их эффективности и разработкой обоснованных рекомендаций по совершенствованию ювенального законодательства. Необходимым условием для развития этой науки является ее неразрывная связь с практической деятельностью различных органов и учреждений системы ювенальной юстиции. Такая связь может и должна выражаться в изучении и обобщении практики применения ювенально-правовых норм, а также в обсуждении практическими работниками органов ювенальной юстиции законодательных предложений, подготовленных учеными юристами-ювеналистами.

Предметом науки ювенального права необходимо признать теоретические положения, касающиеся правового положения несовершеннолетних как участников правоотношений; взаимоотношения ювенального права с другими отраслями отечественной системы права; изучение особенностей деятельности специализированных органов и учреждений (органов ювенальной юстиции); основные направления ювенальной политики на современном этапе развития общества и государства.

Предмет науки ювенального права шире предмета ювенального права как отрасли права, ибо в содержание первой входит исследование не только действующего ювенального законодательства и практики его применения, но и история развития ювенально-правовой науки, изучение ювенального права зарубежных государств.

Науке ювенального права присущи известные и другим наукам методы исследования: историко-правовой, сравнительно-правовой, формально-догматический, конкретно-социологический, диалектический, статистический.

Среди основных задач науки ювенального права необходимо обозначить следующие:

– теоретическое комментирование отечественного законодательства в сфере обеспечения прав и законных интересов ребенка;

– изучение отечественного и зарубежного опыта в сфере деятельности органов ювенальной юстиции;

– исследование особенностей правовой защиты несовершеннолетних в российском обществе и государстве;

– анализ деятельности органов ювенальной юстиции по обеспечению прав и законных интересов ребенка в РФ;

– разработка рекомендаций по дальнейшему улучшению правового регулирования общественных отношений с участием несовершеннолетних;

– формирование предложений, направленных на совершенствование ювенального законодательства и создание специализированных правовых актов, регулирующих права и законные интересы несовершеннолетних;

– изучение законодательного опыта других государств, особенно тех, в которых приняты правовые акты, соответствующие международным стандартам.

Дети в любом государстве находятся в особом привилегированном положении. Несовершеннолетние наряду с престарелыми, инвалидами, беременными женщинами, душевнобольными относятся к числу лиц, которые значительно чаще подвергаются негативному воздействию со стороны общества, а потому нуждаются в особой защите своих прав и законных интересов.

Необходимость усиленной заботы о несовершеннолетнем определена рядом характерных для него специфических особенностей: беззащитностью, беспомощностью, недостаточностью жизненного опыта, податливостью и склонностью к подражанию, повышенной эмоциональностью, неуравновешенностью, импульсивностью

Уважение к правам человека начинается с отношения общества к своим детям. Это означает, что обеспечение прав отдельного ребенка, молодого человека непосредственно зависит от сознательной, целенаправленной государственной политики на международном и национальном уровнях и от деятельности неправительственных организаций, которые исходя из безусловного признания самоценности детства, наличия у детей и молодежи своих специфических интересов и потребностей создают необходимые социально-экономические и политические условия для их жизни и развития.

К настоящему времени в России сложилась достаточно обширная законодательная база о детях. Источники ювенального права - это система определенных внешних форм, содержащих нормы, регулирующие общественные отношения с участием несовершеннолетних.

По территории действия источники ювенального права представлены в таблице 1.4.

По юридической силе можно выделить:

а) международные нормативные правовые акты;

б) Конституцию;

в) законы РФ и федеральные законы;

г) подзаконные акты (указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, акты министерств и ведомств);

д) законодательство субъектов РФ;

е) акты органов местного самоуправления.

Вопрос о необходимости регулирования прав детей возник сравнительно недавно. Губительные последствия первой мировой войны в отношении гражданского населения и растущий интерес к проблеме защиты детей в большинстве стран Европы и Северной Америки вызвал необходимость Лиги Наций создать в 1919 г. Комитет детского благополучия, который рассматривал права детей в основном в контексте мер, которые нужно было принять в отношении беспризорных детей, рабства, детского труда, торговли детьми и проституции несовершеннолетних.

Таблица 1.4.

Источники ювенального права по территории действия

<table>
<tr><td colspan="2">Классификация источников ювенального права</td></tr>
<tr><td colspan="2">По территории действия</td></tr>
<tr><td>Международные правовые акты</td><td>Федеральные нормативные правовые акты, действующие на всей территории РФ</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Женевская декларация прав ребенка 1924 г.
Всеобщая декларация прав человека 1948 г.
Декларация прав ребенка 1959 г.
Пекинские правила 1985 г.
Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних
Конвенция о правах ребенка 1989 г.
Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей 1990 г. Европейская конвенция об осуществлении прав детей от 25 января 1996 г.
Факультативный протокол к Конвенции о правах ребёнка, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии 2000 г.
Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений от 25 октября 2007 г.
Стратегия Совета Европы в области защиты прав ребенка (2016-2021 гг.)</td><td>Законы</td></tr>
<tr><td>Конституция РФ,
Семейный кодекс РФ,
Гражданский кодекс РФ,
Уголовный кодекс РФ, ФЗ от 24 июля 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (ред. от 28.12.2016 г.),
ФЗ от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.)
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
ФЗ от 29 декабря 2010 года №436-ФЗ (ред. от 29.06.2015 г.) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и др.</td></tr>
<tr><td>Подзаконные акты</td></tr>
<tr><td>Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы»;
Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. №822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Приказ МЗ РФ от 11 апреля 2013 г. №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» и др.</td></tr>
<tr><td>Региональное законодательство</td></tr>
<tr><td>Закон КК о мерах по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае.
Принят ЗС КК 16 июля 2008 года (в ред. от 03.03.2017 г. №3573-КЗ);
Закон Краснодарского края от 29 декабря 2007 г. №1370-КЗ «Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Краснодарском крае» (в ред. от 13.10.2016 г. №3484-КЗ);
Приказ министерства социального развития и семейной политики Краснодарского края от 29 мая 2013 г. №659 (с изм. от 24.09.2014 г.) «Об утверждении Порядка предоставления социальной выплаты в целях частичной компенсации родителям (законным представителям) стоимости приобретенных путевок (курсовок) для детей» и др.</td></tr>
</table>

Большую роль в разработке социальных стандартов защиты детей в этот период сыграли неправительственные организации, в частности Международный союз спасения детей, основанный англичанкой Эглантайн Джебб. В 1923 г. в рамках этой организации была разработана декларация, содержащая основные условия, которым должно следовать общество, чтобы обеспечить соответствующую защиту детей и заботу о них.

Лига Наций (прототип ООН) в 1924 году в Женеве на своей 5-й сессии приняла предложенную Международным союзом спасения детей Декларацию прав ребенка. Это был первый документ международно-правового характера в области охраны прав и интересов детей. Необходимость данного действия была обусловлена рядом причин мирового масштаба: высокий процент детской смертности, недоступность детского здравоохранения, ограниченные возможности получения детьми базового образования, использование взрослыми детей с целью наживы на вредных производствах и в сфере сексуальных услуг, печальные судьбы детей-беженцев и детей-сирот как жертв военных действий и т. д.

Женевская Декларация провозглашала идею особой заботы о детях «ввиду их физической и умственной незрелости»; она основывалась на следующих 5 принципах международно-правовой защиты детей.

Ребёнку должны быть предоставлены средства, необходимые для его нормального развития, как физического, так и духовного.

Голодный ребёнок должен быть накормлен; больному ребёнку должна быть оказана помощь; ошибающийся ребёнок должен быть поправлен; а сирота и бездомный ребёнок должны получить приют и поддержку в трудную минуту.

Ребёнок должен получать помощь в тяжёлое время испытаний в первую очередь.

Ребёнок должен расти в атмосфере любви и быть защищенным от всех форм эксплуатации.

Ребёнок должен воспитываться в сознании, что его лучшие качества должны служить на пользу другим людям.

После 2-ой Мировой Войны ООН приняла в 1948 году Всеобщую декларацию прав человека. Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека 1948 г. провозгласила, что дети имеют право на особую заботу и помощь.

20 ноября 1959 года Генеральной Ассамблеей ООН принята Декларация прав ребенка резолюцией 1386 (XIV) - «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». Декларация прав ребенка признана во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте о гражданских и политических правах (ст. 23 и 24), в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 10), в Декларации о социальных и правовых принципах, касающихся защиты и благополучия детей, особенно при передаче детей на воспитание и их усыновлении на национальном и международном уровнях, Минимальных стандартных правил Организации Объединенных Наций, касающихся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила») и Декларации о защите женщин и детей в чрезвычайных обстоятельствах и в период вооруженных конфликтов.

20 ноября 1989 года на 44-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН принята Конвенцией о правах ребенка, ратифицированная постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 года №1559-I. В рамках реализации данной Конвенции был учрежден специализированный контрольный механизм, в который входят: Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ); Комитет ООН по правам ребенка; Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО); Всемирная организация здравоохранения, различные неправительственные организации и специализированные учреждения.

Эти акты были приняты на международном уровне. Однако их принятие создало лишь общие предпосылки для обеспечения эффективной защиты прав и законных интересов детей.

Впоследствии государства, являющиеся участниками различных международных соглашений в области защиты прав детей, совершенствовали свое национальное законодательство, внося в него изменения в соответствии с главным международно-правовым договором в этой сфере - Конвенцией о правах ребенка 1989 года.

Таким образом, защита прав ребенка на международном уровне (табл. 1.5) осуществляется в различных формах, посредством различных механизмов и различных органов и организаций. Основная проблема в этой области заключается в рекомендательном характере большинства принимаемых решений и отдаленности деятельности многих органов от реальной жизни и реальных прав конкретных лиц.

Таблица 1.5

Источники ювенального права международного уровня

Международные нормативные правовые акты	
Документ	Основные положения
Женевская декларация прав ребенка 1924 г. В Женеве Лига Наций на своей 5-й сессии приняла предложенную Международным союзом спасения детей Декларацию прав ребенка.	5 принципов международно-правовой защиты детей: 1) ребёнку должны быть предоставлены средства, необходимые для его нормального развития, как физического, так и духовного; 2) голодный ребёнок должен быть накормлен; больному ребёнку должна быть оказана помощь; ошибающийся ребёнок должен быть поправлен, а сирота и бездомный ребёнок должны получить приют и поддержку в трудную минуту; 3) ребёнок должен получать помощь в тяжёлое время испытаний в первую очередь; 4) ребёнок должен расти в атмосфере любви и быть защищенным от всех форм эксплуатации; 5) ребёнок должен воспитываться в сознании, что его лучшие качества должны служить на пользу другим людям.
Всеобщая декларация прав человека 1948 г. Организация Объединенных Наций	Семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства (ст. 16). Ч. 2 ст. 25 - «материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой». Дети имеют право на особую заботу и помощь.
Декларация прав ребенка 1959 г. Принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года	«Ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». Декларация признана во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте о гражданских и политических правах (ст. 23 и 24), в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 10), Декларации о социальных и правовых принципах, касающихся защиты и благополучия детей, особенно при передаче детей на воспитание и их усыновлении на национальном и международном уровнях («Пекинские правила») и Декларации о защите женщин и детей в чрезвычайных обстоятельствах и в период вооруженных конфликтов.
Пекинские правила 1985 г. Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (приняты Резолюцией 40/33 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 ноября 1985 г.	Регламентация основных правил судебного процесса по делам несовершеннолетних, правосудие в отношении несовершеннолетних должно являться составной частью процесса национального развития каждой страны в рамках всестороннего обеспечения социальной справедливости для всех несовершеннолетних.

Продолжение табл. 1.5.

Конвенция о правах ребенка 1989 года. Принята 44-й сессией Генеральной Ассамблеи ООН 20 ноября 1989 года ратифицированная постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 года № 1559-I	Положения Конвенции сводятся к четырем основным требованиям: выживание, развитие, защита и обеспечение активного участия детей в жизни общества. В рамках реализации данной Конвенции был учрежден специализированный контрольный механизм, в который входят: Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ); Комитет ООН по правам ребенка; Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО); Всемирная организация здравоохранения, различные неправительственные организации и специализированные учреждения.
Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей 1990 г.	Принята Всемирной встречей на высшем уровне в интересах детей, Нью-Йорк, 30 сентября 2000 г. «Дети мира невинны, уязвимы и зависимы. Они также любознательны, энергичны и полны надежды. Их время должно быть временем радости и мира, игр, учебы и роста. Их будущее должно основываться на гармонии и сотрудничестве. Их жизнь должна становиться более полнокровной, по мере того как расширяются их перспективы, и они обретают опыт. Однако для многих детей реальности детства совершенно другие. Каждый день множество детей во всем мире подвергаются опасностям, которые препятствуют их росту и развитию. Эти и другие проблемы, мы как политические лидеры должны решить».
Европейская конвенция об осуществлении прав детей от 25 января 1996 года	Цель - обеспечивать в высших интересах детей их права, предоставлять им процессуальные права и облегчать реализацию этих прав, следя за тем, чтобы дети были информированы лично либо через других лиц, либо через другие органы и им было позволено участвовать в судопроизводстве, затрагивающем их интересы.
Факультативный протокол к Конвенции о правах ребёнка, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии 2000 г. Принят в г. Нью-Йорке 25.05.2000 г. Резолюцией 54/263 на 97-ом пленарном заседании 54-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН) Подписан от имени РФ 26 сентября 2012 г. Ратифицирован ФЗ РФ от 7 мая 2013 г. № 75-ФЗ	Государства-участники запрещают торговлю детьми, детскую проституцию и детскую порнографию. Для целей настоящего Протокола: 1) торговля детьми означает любой акт или сделку, посредством которых ребенок передается любым лицом или любой группой лиц другому лицу или группе лиц за вознаграждение или любое иное возмещение; 2) детская проституция означает использование ребенка в деятельности сексуального характера за вознаграждение или любую иную форму возмещения; 3) детская порнография означает любое изображение какими бы то ни было средствами ребенка, совершающего реальные или смоделированные откровенно сексуальные действия, или любое изображение половых органов ребенка главным образом в сексуальных целях.

Продолжение табл. 1.5.

Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений от 25 октября 2007 года. Подписана от имени РФ в Страсбурге 1 октября 2012 г. Ратифицирована ФЗ РФ от 7.05.2013 г. № 76-ФЗ	Целями настоящей Конвенции являются: 1) предотвращение сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений в отношении детей и борьба с ними; 2) защита прав детей - жертв сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений; 3) развитие национального и международного сотрудничества в борьбе с сексуальной эксплуатацией и сексуальными злоупотреблениями в отношении детей.
Стратегия Совета Европы в области защиты прав ребенка (2012 -2015 гг.) Межведомственная программа Совета Европы «Строим Европу для детей и вместе с детьми» была начата в 2006 г. в ответ на поручение третьего Саммита глав государств и правительства Совета Европы (Варшава 2005 г.)	Стратегические цели: 1. Способствование появлению дружественных к ребенку услуг и систем. 2. Искоренение всех форм насилия в отношении детей. 3. Гарантирование прав детей в ситуациях, когда дети особенно уязвимы. 4. Способствование участию детей.

В 2010 г. исполнилось 20 лет со дня ратификации Россией Конвенции ООН о правах ребенка. Конвенция была принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 года. Сразу 61 страна подписала Конвенцию, что стало беспрецедентным событием в истории подписания договоров, заключаемых в рамках ООН. Россия, как правопреемник Советского Союза, ратифицировавшего Конвенцию о правах ребенка, приняла на себя обязательства по приведению своего законодательства в соответствие с положениями Конвенции. Теперь мы несем ответственность перед международным сообществом за неисполнение этого документа.

Вступление в силу на территории нашего государства Конвенции о правах ребенка означало признание того, что ребенок от рождения не только обладает всеми правами человека, но и является особым субъектом права, требующим специальной защиты и введения новых дополнительных механизмов для ее обеспечения.

Таким дополнительным механизмом сегодня является институт Уполномоченного по правам ребенка, созданный в России в 2009 г., в том числе для того, чтобы осуществлять всестороннюю защиту прав и законных интересов детей.

Конвенция о правах ребенка построена на четырех принципах, пронизывающих все ее статьи: предотвращение дискриминации (ст. 2), обеспечение наилучших интересов ребенка (ст. 3), право на жизнь, выживание и развитие (ст. 6), уважение взглядов ребенка – участие детей во всех вопросах, касающихся из жизни (ст. 12).

Сегодня российское законодательство построено в соответствии с принципами международной Конвенции о правах ребенка, что является нашим международным обязательством, а Федеральный Закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» гарантирует исполнение всех принципов Конвенции.

Конвенция о правах ребенка содержит три части.

Первая часть: статьи 1-4 определяют понятие «ребенок», утверждают приоритетность интересов детей и обязательство государств-участников принимать меры для свободного от дискриминации осуществления прав, закреплённых в Конвенции.

Статьи 5-11 определяют перечень прав на жизнь, имя, гражданство, право знать своих родителей, право на заботу родителей и на неразлучение, права и обязанности родителей по отношению к детям.

Статьи 12-17 излагают права детей на выражение своих взглядов, своего мнения, на свободу мысли, совести и религии, ассоциаций и мирных собраний, доступ ребёнка к распространению информации.

Статьи 18-27 определяют обязанности государства помогать родителям и законным опекунам, а также защищать детей от жестокого обращения со стороны лиц, заботящихся о них, права детей, лишённых семейного окружения или усыновляемых, неполноценных в умственном или физическом отношении, беженцев, права детей на здравоохранение, социальное обеспечение и уровень жизни, необходимый для их развития.

Статьи 28-31 закрепляют права детей на образование, пользование родным языком и культурой, исповедование своей религии, отдых и досуг.

Статьи 32-36 устанавливают ответственность государства в защите прав детей от эксплуатации, от незаконного употребления наркотиков, совращения, похищения и торговли детьми.

Статьи 37-41 запрещают применять смертную казнь и пожизненное тюремное заключение без возможности освобождения за преступления, совершённые до возраста 18 лет, запрещают пытки и унизительные наказания детей, определяют права ребёнка при его обвинении в преступных деяниях или лишении свободы, а также права детей на защиту во время вооружённых конфликтов и войн. Государства обязуются принимать меры к реабилитации и социальной реинтеграции детей - жертв пренебрежения, эксплуатации или злоупотребления, и сохраняют за собой право защищать права ребёнка в более высокой степени, чем предусмотрено Конвенцией.

Вторая часть в статьях 42-45 рассказывают о Комитете по правам ребёнка, о его структуре, функциях, правах и обязанностях, а также обязывают государства информировать детей и взрослых о принципах и положениях Конвенции.

Третья часть содержит статьи 46-54, которые указывают решение процедурно-правовых проблем соблюдения государствами положений Конвенции. В отличие от многих конвенций ООН, Конвенция о правах ребёнка открыта для подписания всеми государствами, поэтому её участником смог стать и не являющийся членом ООН Святой Престол.

Новаторство Конвенции заключается прежде всего в том объёме прав, определённых для ребёнка. Некоторые из прав впервые были зафиксированы именно в Конвенции. Например, о праве на образование. Конвенция в ст. 28 гарантирует детям бесплатное и обязательное начальное образование и требует от государств-членов ООН поощрение развития различных форм среднего образования, как общего, так и профессионального, обеспечение его доступности для всех детей и принятия необходимых мер, как введение бесплатного образования.

Также новация о воспитании детей. Неотъемлемую часть образования составляет воспитание. Так среди задач семейного воспитания Конвенция (ст.18) требует, чтобы «предпринимались все возможные усилия к тому, чтобы обеспечить признание принципа общей и одинаковой ответственности обоих родителей за воспитание и развитие ребёнка. Родители или в соответствующих случаях законные опекуны несут основную ответственность за воспитание и развитие ребёнка. Наилучшие интересы ребёнка являются предметом их основной заботы».

Ст. 20 определяет задачи общественного воспитания детей (ухода за ними), лишившихся родителей. «Такой уход может включать, в частности, передачу на воспитание, усыновление или, в случае необходимости, помещение в соответствующие учреждения по уходу за детьми. При рассмотрении вариантов замены необходимо должным образом учитывать желательность преемственности воспитания ребёнка и его этническое происхождение, религиозную и культурную принадлежность и родной язык».

Ст. 21 Конвенции определяет права ребёнка при усыновлении в другой стране: «усыновление в другой стране может рассматриваться в качестве альтернативного способа ухода за ребёнком, если ребёнок не может быть передан на воспитание или помещен в семью, которая могла бы обеспечить его воспитание или усыновление, и, если обеспечение какого-либо подходящего ухода в стране происхождения ребёнка является невозможным».

Принципиальной в обеспечении прав детей на воспитание является ст. 29 этого документа. Практически в ней регламентируются для стран-участниц приоритеты цели общественного воспитания: развитие личности, талантов и умственных и физических способностей ребёнка в их самом полном объёме; воспитание уважения к правам человека и основным свободам, а также принципам, провозглашенным в Уставе Организации Объединённых Наций; воспитание уважения к родителям ребёнка, его культурной самобытности, языку и ценностям, к национальным ценностям

страны, в которой ребёнок проживает, страны его происхождения и к цивилизациям, отличным от его собственной; подготовку ребёнка к сознательной жизни в свободном обществе в духе понимания, мира, терпимости, равноправия мужчин и женщин и дружбы между всеми народами, этническими, национальными и религиозными группами, а также лицами из числа коренного населения; воспитание уважения к окружающей природе (табл. 1.6).

Таблица 1.6.

Конвенция ООН о правах ребенка

	Содержание
Статьи 1-4	определяют понятие «ребенок», утверждают приоритетность интересов детей и обязательство государств-участников принимать меры для свободного от дискриминации осуществления прав, закреплённых в Конвенции
Статьи 5-11	определяют перечень прав на жизнь, имя, гражданство, право знать своих родителей, право на заботу родителей и на неразлучение, права и обязанности родителей по отношению к детям
Статьи 12-17	излагают права детей на выражение своих взглядов, своего мнения, на свободу мысли, совести и религии, ассоциаций и мирных собраний, доступ ребёнка к распространению информации
Статьи 18-27	определяют обязанности государства помогать родителям и законным опекунам, а также защищать детей от жестокого обращения со стороны лиц, заботящихся о них, права детей, лишённых семейного окружения или усыновляемых, неполноценных в умственном или физическом отношении, беженцев, права детей на здравоохранение, социальное обеспечение и уровень жизни, необходимый для их развития
Статьи 28-31	закрепляют права детей на образование, пользование родным языком и культурой, исповедование своей религии, отдых и досуг
Статьи 32-36	устанавливают ответственность государства в защите прав детей от эксплуатации, от незаконного употребления наркотиков, совращения, похищения и торговли детьми
Статьи 37-41	запрещают применять смертную казнь и пожизненное тюремное заключение без возможности освобождения за преступления, совершённые до возраста 18 лет, запрещают пытки и унизительные наказания детей, определяют права ребёнка при его обвинении в преступных деяниях или лишении свободы, а также права детей на защиту во время вооружённых конфликтов и войн. Государства обязуются принимать меры к реабилитации и социальной реинтеграции детей-жертв пренебрежения, эксплуатации или злоупотребления, и сохраняют за собой право защищать права ребёнка в более высокой степени, чем предусмотрено Конвенцией.
Статьи 42-45	рассказывают о Комитете по правам ребёнка, о его структуре, функциях, правах и обязанностях, а также обязывают государства информировать детей и взрослых о принципах и положениях Конвенции
Статьи 46-54	указывают решение процедурно-правовых проблем соблюдения государствами положений Конвенции. В отличие от многих конвенций ООН, Конвенция о правах ребёнка открыта для подписания всеми государствами, поэтому её участником смог стать и не являющийся членом ООН

Права ребенка согласно положениям Конвенции:

- право на жизнь (ст. 6);
- право на имя и приобретение гражданства (ст. 7);
- право на сохранение ребенком своей индивидуальности (ст. 8);
- право свободно выражать свои взгляды по всем вопросам, затрагивающим ребенка (ст. 12);
- право свободно выражать свое мнение, искать, получать и передавать информацию и идеи любого рода (ст. 13);
- свобода мысли, совести и религии (ст. 14);

– свобода ассоциаций и мирных собраний (ст. 15);

– недопущение незаконного или произвольного вмешательства в осуществление его права на личную жизнь, неприкосновенность жилища, тайну корреспонденции, а также недопущение незаконного посягательства на честь и репутацию ребенка (ст. 16);

– учет лучших интересов ребенка при осуществлении каких-либо действий в отношении ребенка (ст. 21);

– право неполноценного в умственном или физическом отношении ребенка вести полноценную и здоровую жизнь (ст. 23);

– право на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (ст. 24);

– право на уровень жизни, необходимый для физического, нравственного и социального развития ребенка (ст.27);

– право на образование (ст. 28);

– право пользоваться своей культурой, родным языком, исповедовать свою религию и совершать ее обряды (ст. 31).

Также в Конвенции устанавливаются права, ответственность и обязанности родителей, основные принципы системы усыновления, правила участия детей в вооруженных конфликтах, запрет эксплуатации. Вторая часть Конвенции учреждает Комитет по правам ребенка. Комитет состоит из 10 экспертов – граждан государств 10 участников, обладающих высокими нравственными качествами и признанной компетенции о сфере действия Конвенции. Выборы в Комитет проводятся участниками Конвенции раз в 2 года, при этом уделяется внимание справедливому географическому распределению, а также главным правовым системам. Члены Комитета избираются на срок в 4 года (таким образом, раз в 2 года состав Комитета обновляется наполовину). Государства-участники обязуются предоставлять Комитету через Генерального секретаря отчеты о прогрессе в сфере действия Конвенции в течение 2-х лет после присоединения к Конвенции и каждые 5 лет впоследствии.

В таблице 1.7 представлены международные органы защиты прав ребенка.

Таблица 1.7.

Международные органы защиты прав ребенка

Внедоговорные контрольные механизмы, созданные на основе Устава ООН	Договорные (конвенционные) контрольные органы, создание которых предусмотрено международными соглашениями.
- Детский фонд (ЮНИСЕФ), был учрежден на 1-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН 11 декабря 1946 года, первоначально под названием «Международный чрезвычайный фонд помощи детям» для удовлетворения чрезвычайных нужд детей в послевоенный период в Европе и Китае - Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО); - Международная организация труда (МОТ); - Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); - Управление Верховного комиссариата ООН по делам беженцев (УВКБ); - Генеральная Ассамблея ООН, - Совет Безопасности ООН, - Экономический и Социальный совет (ЭКОСОС), - Комиссия ООН по правам человека и др.	Конвенционные органы (комитеты, комиссии, суды) - это органы, созданные по воле государств и действующие на основе включенных в соответствующий договор (пакт или конвенцию) процессуальных норм. Они призваны контролировать соблюдение государствами содержащихся в этих договорах прав. Комитет по правам ребенка, который был создан в соответствии с Конвенцией о правах ребенка 1989 года и приступил к своей работе 27 февраля 1991 года. Организация по безопасности и сотрудничеству (ОБСЕ). Совет Европы. Комиссия по правам человека СНГ и др.

Анализ международных и российских документов позволяет условно разделить права ребенка на 6 основных групп. К первой группе можно отнести такие права ребенка, как право на жизнь, на имя, на равенство в осуществлении других прав и т. п. Ко второй группе относится права ребенка на семейное благополучие. К третьей группе относятся права ребенка на свободное развитие его личности. Четвертая группа прав призвана обеспечить здоровье детей. Пятая группа прав ориентирована на образование детей и их культурное развитие (право на образование, на отдых и досуг, право участвовать в играх и развлекательных мероприятиях, право свободно участвовать в культурной жизни и заниматься искусством). И шестая группа прав направлена на защиту детей от экономической и другой эксплуатации, от привлечения к производству и распространению наркотиков, от античеловеческого содержания и обращения с детьми в местах лишения свободы.

2. Вопросы охраны здоровья детей в законодательстве России

В 2017 г. году должны быть подведены итоги реализации Указа Президента РФ от 1 июня 2012 г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 г. - 2017 г. годы».

Главная цель Национальной стратегии - определить основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации, базирующиеся на общепризнанных принципах и нормах международного права.

По информации Генеральной прокуратуры Российской Федерации, не снижается количество выявленных нарушений прав детей. Низкими темпами сокращается число детей-инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Остро стоят проблемы подросткового алкоголизма, наркомании и токсикомании: почти четверть преступлений совершается несовершеннолетними в состоянии опьянения.

Развитие высоких технологий, открытость страны мировому сообществу привели к незащищенности детей от противоправного контента в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», усугубили проблемы, связанные с торговлей детьми, детской порнографией и проституцией. По сведениям МВД России, значительное число сайтов, посвященных суицидам, доступно подросткам в любое время.

Указом Президента определены ключевые принципы Национальной стратегии:

1. Реализация основополагающего права каждого ребенка жить и воспитываться в семье.
2. Защита прав каждого ребенка.
3. Максимальная реализация потенциала каждого ребенка.
4. Сбережение здоровья каждого ребенка.
5. Технологии помощи, ориентированные на развитие внутренних ресурсов семьи, удовлетворение потребностей ребенка и реализуемые при поддержке государства.
6. Особое внимание уязвимым категориям детей.
7. Обеспечение профессионализма и высокой квалификации при работе с каждым ребенком и его семьей.
8. Партнерство во имя ребенка.

В стратегии разработаны такие проблемы, как семейная политика детствосбережения, доступность качественного обучения и воспитания, культурное развитие и информационная безопасность детей.

Особое значение имеет раздел «IV. Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни».

В связи с этим определены основные задачи стратегии:

- Создание условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, обеспечение доступа всех категорий детей к качественным услугам и стандартам системы здравоохранения, средствам лечения болезней и восстановления здоровья;
- Развитие подростковой медицины, клиник, дружественных к детям и молодежи, стимулирование потребности в здоровом образе жизни;
- Обеспечение надлежащих комплексных услуг и стандартов в сфере здравоохранения для детей с особыми потребностями;
- Формирование современной модели организации отдыха и оздоровления детей на принципах государственно-частного партнерства;

- Формирование потребности у детей и подростков в здоровом питании и совершенствование системы обеспечения качественным питанием детей в образовательных учреждениях, лечебных и лечебно-профилактических, санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

Намечены меры по созданию дружественного к ребенку здравоохранения и меры по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков.

Далее в Национальной стратегии определены равные возможности для детей, нуждающихся в особой заботе государства, намечены пути создания системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к ребенку правосудия, определено участие детей в реализации Национальной стратегии.

Завершает документ определение механизмов реализации Национальной стратегии.

В законодательстве России необходимо отметить главные нормативные документы, отражающие вопросы охраны здоровья детей: Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г.; ФЗ от 29 декабря 2010 года №436-ФЗ (ред. от 29.06.2015 г.) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»; Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. №822н (ред. от 03.09.2015 г.) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Охрана здоровья детей является важнейшей гарантией их нормального физического и психического развития. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. включает статью 7 «Приоритет охраны здоровья детей» (табл. 2.1) и статью 54 «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» (табл. 2.2).

Таблица 2.1.

Принцип приоритета охраны здоровья детей

Статья 7 Закона об охране здоровья	
Содержание принципа	1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.
	2. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.
	3. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.
	4. Органы государственной власти … разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.
	5. Органы государственной власти … создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Статья 7 Закона об охране здоровья содержит положения, которые тесно переплетается с принципами защиты прав ребенка. Конвенцией о правах ребенка (принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 года) закреплено, что государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники должны стремиться обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

Статье 54 Закона об охране здоровья содержит «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», которые конкретизируются в многочисленных федеральных и региональных документах.

Таблица 2.2.

Статья 54 Закона об охране здоровья «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья»

Право	Условие
1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на: 1) прохождение медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях;	На условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации - Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. года № 1346 «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».
2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха;	В порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти - Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 363н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха». С изм. и доп. от: 9 июня 2015 г., 13 мая 2016 г. ГОСТ Р 52887-2007 Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления (с Изменением № 1 от 28.06.2011 г.).
3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд;	В условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов.
4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности;	В порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации - Приказ Департамента здравоохранения Краснодарского края от 02.11.2006 № 706-ОД «Об утверждении порядка предоставления несовершеннолетним бесплатной медицинской консультации при определении профессиональной пригодности на территории Краснодарского края» (Утратил силу в соответствии с приказом МЗ КК от 18.07.2016 г. № 3669).

Продолжение табл. 2.2.

5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.	В соответствии со ст. 22 Закона об охране здоровья.
2. Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.	Несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 Закона об охране здоровья.
3. Дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно могут содержаться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения.	Федеральный закон от 21.12.1996 г. N 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.) Приказ МЗиСР от 11 апреля 2012 г. года № 343н «Об утверждении Порядка содержания детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения».

Забота о детях, их физическом, психическом и социальном благополучии - обязанность общества и государства, основанная не только на правовых нормах, но и на нормах морали.

К установленным ранее формам медицинских обследований добавлены права несовершеннолетних на прохождение медицинских осмотров при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, медицинской реабилитации, оказании медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях.

Как и ранее, несовершеннолетние имеют право на медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности. По общему правилу предоставление несовершеннолетним бесплатной медицинской консультации при определении профессиональной пригодности в субъектах РФ проводится в лечебно-профилактических организациях по месту проживания несовершеннолетних или по месту прикрепления несовершеннолетних к лечебно-профилактическим организациям для медицинского обслуживания или в образовательных организациях при проведении профилактических осмотров. Такая бесплатная медицинская консультация обычно осуществляется врачами-специалистами, состоящими в штатах организаций, а при их отсутствии - врачами-специалистами лечебно-профилактической организации по месту проживания или по месту прикрепления несовершеннолетних.

По завершении основного общего и (или) среднего (полного) общего образования на каждого несовершеннолетнего выдается заключение о профессиональной пригодности к выбранной профессии по установленной форме.

Перечень основных прав несовершеннолетних дополнен правом на оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха.

Организованный отдых детей является одним из вариантов каникулярного отдыха и, как правило, реализуется в детских лагерях. В настоящее время можно выделить три подгруппы предложений по организованному детскому отдыху: традиционные (профсоюзные и

ведомственные) лагеря; интернациональные лагеря за границей, с самостоятельной программой; организованный отдых детей, предлагаемый лагерями (программами) «нового типа».

Услуги, предоставляемые детям в учреждениях отдыха и оздоровления в части медицинских услуг, - это услуги, обеспечивающие охрану здоровья, своевременное оказание медицинской помощи, профилактику заболеваний и формирование навыков здорового образа жизни у детей, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований.

Стандартом ГОСТ Р 52887-2007 установлены «Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления» (табл. 2.3).

Часть 3 статьи 54 Закона об охране здоровья несколько изменена в отношении категорий несовершеннолетних лиц и их возраста, которые могут содержаться в специализированных организациях. Кроме того, изменения коснулись собственно организаций, в которых могут содержаться соответствующие категории несовершеннолетних. Если ранее законодательство вело речь о несовершеннолетних с недостатками физического или психического развития, то теперь законодатель уточнил данную категорию и включил в нее детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Таблица 2.3.

Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления (ГОСТ Р 52887-2007)

	Перечень медицинских услуг
Состав и форма медицинских услуг	1) выявление детей, нуждающихся в неотложной медицинской помощи;
	2) оказание медицинской помощи;
	3) доставка детей в случае необходимости в стационарное медицинское учреждение;
	4) проведение динамического наблюдения за состоянием здоровья детей;
	5) организация и проведение консультаций и бесед по вопросам здорового образа жизни;
	6) санитарно-просветительская работа с детьми;
	7) организация консультативного приема врачами-специалистами;
	8) организация проведения медицинских процедур врачами (стоматологами и другими специалистами) и занятий - логопедами;
	9) проведение лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
	10) индивидуальная работа с детьми, направленная на предупреждение вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикомания);
	11) подготовка детей к ответственному родительству, обучение основам планирования семьи, профилактики венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и СПИДа;
	12) разработка и реализация специальных программ оздоровления детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями;
	13) проведение мероприятий по профилактике травматизма.

Дефиницию понятия «дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей» содержит Федеральный закон от 21.12.1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.). Законодатель исходит из общего представления о детях сиротах, как о несовершеннолетних лицах, т.е. не достигших возраста 18 лет. При этом гражданский закон о лицах, не достигших 18 лет, отдельно выделяет малолетних (лица в возрасте от 6 до 14 лет), связывая такую градацию с определенным уровнем психического развития личности, последовательно наделяя ее новыми элементами правоспособности. Лица в возрасте от 14 до 18 лет получают дополнительный объем прав и обязанностей в рамках гражданско-правовых отношений. При этом законодатель, давая определение детям-сиротам, берет во внимание юридическое состояние (несовершеннолетние), а также юридический факт - смерть обоих или единственного родителя. Только в совокупности такие элементы могут составить юридическую категорию сироты.

Такая категория, как дети, оставшиеся без попечения родителей, раскрывается более широко, поскольку содержит значительное число оснований для отнесения ребенка к лицу, оставшемуся без попечения (табл. 2.4). Законодатель при этом воспроизводит понятие ребенка как лица, не достигшего возраста 18 лет, определяя условия отсутствия родительской опеки. Главным и определяющим фактором в отличие от детей сирот является нахождение в живых родителей (одного из них) такого ребенка, тогда как категория «дети-сироты» всегда подразумевает смерть (вне зависимости от причин) родителей такого ребенка.

Термин «лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» введен для сохранения предусмотренных гарантий этим лицам и после достижения ими установленного возрастного барьера. Под такими гражданами закон понимает лиц в возрасте от 18 до 23 лет, у которых, когда они находились в возрасте до 18 лет, умерли оба или единственный родитель. Кроме того, в рамках этого же возрастного предела предоставляются гарантии для иных категорий граждан, например, лиц, лишившихся обоих родителей или единственного родителя в период своего обучения в образовательных учреждениях. Такая формулировка обеспечивает распространение установленных гарантий для детей-сирот на момент, когда они уже достигли совершеннолетия и по критериям, установленным законодателем, должны потерять предоставленные права.

Таблица 2.4.

Отнесение лиц в возрасте до 18 лет к категории детей, оставшихся без попечения родителей

Основания	
Перечень	1) отсутствие родителей или лишение их родительских прав;
	2) ограничение их в родительских правах;
	3) признание родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными);
	4) нахождение их в лечебных учреждениях;
	5) объявление их умершими;
	6) отбывание ими наказания в учреждениях, исполняющих наказание, в виде лишения свободы;
	7) нахождение в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений;
	8) уклонение родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов;
	9) отказ родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений;
	10) иные случаи признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном законом порядке.

Понятие «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации» закреплено в Федеральном законе об основных гарантиях прав ребенка в РФ (табл. 2.5).

Новацией в рассматриваемой ситуации является установление законодателем конкретной временной границы нахождения обозначенных лиц в соответствующих организациях, определяемой как достижение несовершеннолетним 4-летнего возраста включительно. Как следует из прежнего законодательства, несовершеннолетние должны были содержаться в учреждениях системы социальной защиты. Теперь законодатель установил, что несовершеннолетние могут содержаться в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения.

В части 3-7 статьи 20 Закона об охране здоровья предусмотрено право на отказ от медицинского вмешательства.

«3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке

недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

Таблица 2.5.

Федеральный Закон от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ (ред. от 29.06.2013 г. № 135-ФЗ) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Статья 1.

Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, - это дети:	
Признаки	1) оставшиеся без попечения родителей;
	2) инвалиды;
	3) с ограниченными возможностями здоровья, т.е. имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии;
	4) жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий;
	5) из семей беженцев и вынужденных переселенцев;
	6) оказавшиеся в экстремальных условиях;
	7) жертвы насилия;
	8) дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях;
	9) находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях;
	10) проживающие в малоимущих семьях;
	11) дети с отклонениями в поведении;
	12) жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Часть 9 статьи 20 Закона об охране здоровья регламентирует медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя, которое допускается:

«1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации».

Следует обратить внимание на обязанность родителей заботиться о здоровье своих детей. Согласно п. 1 ст. 63 Семейного кодекса РФ, «Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей». Также к этому относится норма п. 1 ст. 65 СК РФ — «…При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию».

Статья 121 СК РФ предусматривает защиту прав и интересов детей органами опеки и попечительства при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующих их нормальному воспитанию. При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится, на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации (п. 1 ст. 77 СК РФ).

Отдельной проблемой, возникающей перед врачами, является правомерность отказа от медицинского вмешательства, когда это касается лица, не достигшего возраста 15 лет (для больных наркоманией — 16 лет). Родители, будучи законными представителями ребенка, могут написать данный отказ, мотивируя это либо религиозными соображениями, либо недоверием к врачам, либо непониманием сложности ситуации с медицинской точки зрения, и по ряду других причин. Но нельзя исключить умысел на причинение вреда ребенку под предлогом отказа от медицинского вмешательства.

Можно ли расценивать отказ от медицинского вмешательства по жизненным показаниям как злоупотребление родительскими правами? Пункт 5 статьи 20 Закона об охране здоровья предусматривает при отказе родителей от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни ребенка, право медицинской организации обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Однако, санкциями для родителей может быть только лишение или ограничение родительских прав.

Правда, Кодекс РФ об административных правонарушениях содержит статью 5.35 (табл. 2.6), угрожающую предупреждением или административным штрафом в размере от ста до пятисот рублей за «неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних». Кроме того, статья 6.10 КоАП грозит родителям административным штрафом до двух тысяч рублей за вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе.

А вот Закон Краснодарского края об административных правонарушениях от 17 июля 2003 г. 608-КЗ (в ред. от 31.03.2014 г. № 2936-КЗ) содержит статью 2.9, которая в части 3 предусматривает административный штраф от 100 до 500 рублей за необеспечение родителями (лицами, их заменяющими) мер по содействию физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей в соответствии с частями 3 – 7 статьи 3 Закона Краснодарского края «О мерах по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае».

Таким образом, обязанности родителей (или лиц их заменяющих) по сохранению здоровья детей подкреплены определенными видами юридической ответственности, в отличие от обязанности граждан заботиться о своем здоровье.

Почти 10 лет тому назад врачам из Института нейрохирургии им. А.Л. Поленова г. Санкт-Петербурга пришлось обратиться в суд, чтобы получить возможность начать лечение ребенка с опасной опухолью мозга. Трехлетний мальчик нуждался в срочной операции, которая не могла быть проведена, поскольку против этого возражал отец ребенка. Мужчина ссылался на то, что это противоречит его религиозным убеждениям: он был членом секты «Свидетели Иеговы», которая запрещает переливание крови (а оно потребовалось бы в ходе операции). С одной стороны, врачи не могли нарушить закон, в соответствии с которым нельзя делать операцию при наличии письменного отказа законного представителя пациента, а с другой – не могли не оказать помощь. Суд в течение одного дня выдал разрешение на лечение, и ребенку была проведена операция.

Таблица 2.6.

Статья 5.35 КоАП РФ «Неисполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних»

Административное правонарушение	Элементы состава	Санкции
Ст. 5.35 КоАП РФ. 1. Неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершенно-летних.	*Объект* - Забота о детях, их воспитание - равные право и обязанность родителей *Объективная сторона* - бездействие родителей или иных законных представителей несовершеннолетних, т.е. когда они не выполняют своих обязанностей: не заботятся о нравственном воспитании, физическом развитии детей и укреплении их здоровья и т.д. *Субъект* - родители, а также иные лица, которых закон приравнивает к ним - усыновители, опекуны и попечители. *Субъективная сторона* - умышленном неисполнении родителями или иными законными представителями несовершеннолетних своих обязанностей по содержанию и воспитанию детей.	- влечет предупреж-дение или наложение администра-тивного штрафа в размере от ста до пятисот руб-лей.

В настоящее время медицинская организация в ряде случаев вправе оказать медицинскую помощь на основании решения суда. Чтобы медицинская организация могла реализовать право, предусмотренное частью 5 ст. 20 Закона об охране здоровья, законодатель ввел в Кодекс Административного Судопроизводства РФ, вступившего в силу 15 сентября 2015 г., главу 31.1.

Чтобы получить решение, руководитель медорганизации должен подать административное исковое заявление в суд. Если подать иск с нарушением процедуры, суд его не примет и оказать медицинскую помощь не удастся

Следует обратить внимание, что статья 20 Закона об охране здоровья указывает на возможность медицинской организации обратиться в суд только в случае отказа от медицинского вмешательства законных представителей несовершеннолетних или недееспособных граждан. В этом случае предъявляется административное исковое заявление к административному ответчику (гражданину или его законному представителю), в котором указывается:

- Ф. И. О. административного ответчика, его место жительства или место пребывания, дату и место его рождения, номера телефонов, факсов, адрес электронной почты (если известны);
- сведения о том, какие нарушены права и законные интересы лица, в интересах которого подано заявление, о причинах, которые могут повлечь за собой их нарушение;
- требования к гражданину или законному представителю, основания и доводы, посредством которых медицинская организация обосновывает свои требования;
- установленные законом основания для защиты интересов указанной категории лиц;
- перечень прилагаемых к заявлению документов.

К заявлению прилагают:

1) медицинскую документацию лица, в защиту интересов которого подается заявление;

2) заключение врачебной комиссии медорганизации с указанием диагноза, тяжести заболевания, описанием состояния, требующего спасения жизни пациента, а также иные материалы, подтверждающие необходимость проведения медицинского вмешательства в целях спасения жизни пациента и возможность его присутствия в судебном заседании в силу состояния здоровья;

4) документы, подтверждающие отказ гражданина (законного представителя несовершеннолетнего или недееспособного лица) от медицинского вмешательства и др.

Суд рассматривает дело в течение 5 дней со дня принятия заявления к производству. При наличии ходатайства медорганизации о медицинском вмешательстве в экстренной форме дело рассматривается в день поступления заявления.

Медицинская организация должна обращаться в суд только в тех ситуациях, когда действительно есть угроза жизни пациента.

Еще одна проблема, с которой сталкиваются все медицинские организации, оказывающие помощь детям – пребывание с ребенком в стационаре родителей или членов семьи.

По смыслу законодательства право матери и иных членов семьи на пребывание с ребенком в стационаре безусловно и реализуется без каких-либо встречных требований со стороны медицинской организации. На практике медицинские работники нередко отказывают родственникам ребенка в реализации данного права по разным причинам. Поводом для отказа может быть отсутствие дополнительных спальных мест, карантинный режим в медицинской организации, непредставление справок о состоянии здоровья и т. д.

Еще раз уточним: право родителя беспрепятственно находиться в стационаре с ребенком гарантировано ст. 38 Конституции РФ и ст. 54 и 64 Семейного кодекса РФ. Все это закреплено и детально разжевано в пяти статьях Закона РФ «Об основах охраны здоровья» (табл. 2.7), а статья 6 «Приоритет интересов пациента», ч. 1, п. 6, требует от медиков «создания условий для посещения пациента и пребывания родственников с ним», защищает не только детей, но и взрослых пациентов тоже!

Таблица 2.7.

Право родителя беспрепятственно находиться в стационаре с ребенком

Нормативы	Гарантии
Конституция РФ	Ст. 38 «1. Материнство и детство, семья находятся под защитой государства. 2. Забота о детях, их воспитание - равное право и обязанность родителей».
Семейный кодекс РФ	Ст. 54. 1. Ребенком признается лицо, не достигшее возраста восемнадцати лет (совершеннолетия). 2. Каждый ребенок имеет право жить и воспитываться в семье, насколько это возможно, право знать своих родителей, право на их заботу, …
	Ст. 64. 1. Защита прав и интересов детей возлагается на их родителей. Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий.
Закон РФ «Об основах охраны здоровья»	Ст. 6 ч. 1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем: п. 6) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.
	Ст. 7. «Приоритет охраны здоровья детей», ч. 5. Органы государственной власти РФ и органы государственной власти субъектов РФ в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи…

Продолжение табл. 2.7.

Закон РФ «Об основах охраны здоровья»	Ст. 51 «Права семьи», ч. 3. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.
	Ст. 80 «Госгарантии», ч. 3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи …не подлежат оплате за счет личных средств граждан: п. 4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний.
	ст. 19. Право на медицинскую помощь. Пациент имеет право на: п. 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты…
Письмо Минздрава № 15-1/2603-07 от 09.07.2014 г.	«О посещении родственниками детей, находящихся на лечении в медицинских организациях, в том числе в отделениях анестезиологии-реанимации».

Кроме того, Закон об охране здоровья статьей 7 «Приоритет охраны здоровья детей», в ч. 5, требует «обеспечения благоприятных условий для пребывания детей в медучреждениях и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи»; статья 51 «Права семьи», ч. 3, и ст. 80 «Госгарантии», ч. 3, п. 4, опять и опять повторяют: «Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в стационаре на весь период лечения»; статья 19 в п. 10 добавляет, что пациент имеет право на «допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав». Так как законными представителями несовершеннолетних являются их родители, то и эта статья дает им право быть с ребенком в больнице.

Законодатель не регламентирует, какими документами оформлять сопровождающих ребенка лиц, не разъясняет, как правильно оформить пребывание родственников с ребенком в стационаре. Юридический статус таких лиц не определен.

По смыслу п. 9 ст. 2 Закона об охране здоровья такие граждане не обладают статусом пациента. Ведь они не обращаются в медицинскую организацию за оказанием медицинской помощи. При совместном пребывании с ребенком медицинскую помощь им также не оказывают.

В силу ч. 3 ст. 27 Закона об охране здоровья граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях. Закон не содержит уточнений по поводу родственников пациента, не находящихся на лечении. Из этого следует, что формально такие лица могут не соблюдать правила поведения пациентов в стационаре и требования иных локальных нормативных актов, утвержденных администрацией медицинской организации и ориентированных на пациентов, однако они должны следовать нормам и соблюдать запреты, установленные федеральным законодательством.

Часть 3 ст. 51 Закона об охране здоровья устанавливает, что бесплатное пребывание в стационаре с ребенком старше 4 лет возможно при наличии медицинских показаний. Однако

перечень таких показаний законодатель не определил. Также недостаточно конкретизирована правомочность совместного пребывания родственников (родителей) с ребенком на безвозмездной основе, если возраст ребенка составляет более 4 лет. В соответствии с п. 3 ст. 51 Закона об охране здоровья можно заключить, что, начиная с 4-х летнего возраста без медицинских показаний возможно взятие оплаты за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания.

Родственники в силу объективных причин не могут принимать участие в оказании медицинской помощи своему ребенку. В то же время лечение включает и уход за больным ребенком.

В статье 6 Закона об охране здоровья указано, что «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем: ….3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи…», а в части 2 статьи 32 к показаниям для оказания медицинской помощи в стационарных условиях является состояние здоровья пациента, требующее круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Поэтому наличие медицинских показаний, которые по смыслу нормы подразумевают непосредственное участие родственников в уходе при оказании медицинской помощи ребенку, представляется одним из условий безвозмездного совместного пребывания с ребенком.

Если в связи с состоянием здоровья ребенка для обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения требуется присутствие одного из родителей, то такую ситуацию можно рассматривать, как наличие медицинских показаний для их совместного пребывания.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о практике принудительного разлучения родных с больным ребенком. В Конвенции ООН о правах ребенка, которую Россия ратифицировала, описаны базовые права ребенка «на заботу родителей и на неразлучение с родителями». Эти права «должны признаваться за всеми без всяких исключений».

В июне 2014 г. фонд помощи хосписам «Вера» обратился в правительство: «Пишем вам ради всех мам, которые вынуждены ждать у дверей реанимации, когда их пустят к детям хотя бы на пять минут. Ради родителей, чьи дети уходят из жизни за закрытыми дверями. Иногда это длится по многу месяцев. И таких детей в России около 12 тысяч каждый год. Просим помочь, то есть обеспечить свободный круглосуточный доступ родителей в реанимацию».

Фонд пытался добиться выполнения закона. Минздрав официально подтвердил: все законы России – на стороне семьи. А все внутрибольничные инструкции о закрытости реанимации – законам противоречат.

Писательница Мария Арбатова в одной своей книге написала, что в нашей стране «карательная» медицина. Если уж выпало страдать от серьезной болезни, то страдать придется по полной, чтобы к страданиям тела одного члена семьи непременно добавились душевные – и ему, и родным, и близким.

Ответом явилось информационное письмо Минздрава № 15-1/2603-07 от 09.07.2014 г. «О посещении родственниками детей, находящихся на лечении в медицинских организациях, в том числе в отделениях анестезиологии-реанимации»: «В связи с участившимися обращениями в Минздрав РФ, связанными с отказами администрации медорганизаций в посещении детей в отделениях анестезиологии-реанимации, департамент медпомощи детям напоминает. В соответствии с п. 3 статьи 51 Закона об охране здоровья одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в стационаре в течение всего лечения независимо от возраста ребенка. Просим принять необходимые меры по организации посещений родственниками детей, находящихся на лечении в медицинских организациях, в том числе в отделениях анестезиологии-реанимации».

В 2013 г. году Минздрав уже рассылал почти такое же письмо № 15-1/10/1-2884 от 21.06.2013 г., но не сделал в нем уточнения о том, что ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии) должно подчиняться ровно той же статье 51 Закона РФ, что и все медучреждения. Но во многих больницах протестовали – не пустим! Хотя нарушали закон не пациенты, а медицинские работники. По закону, наоборот, родители **ОБЯЗАНЫ** осуществлять уход за ребенком, то есть быть с ним, а с больным – в первую очередь.

И вот через год Минздрав повторно предупреждает своих подчиненных: в статье 51 Закона об охране здоровья, обратите, коллеги, внимание на часть 3, которая обязывает создать условия родителям для пребывания весь срок лечения с ребенком.

Вместе с тем Письмо Минздрава № 15-1/2603-07 от 09.07.2014 г. хоть и приводит п. 3 статьи 51 Закона об охране здоровья, но указывает на необходимость организовать посещение детей родственниками в отделениях анестезиологии-реанимации, то есть о постоянном пребывании родственников с детьми в письме информации нет. Нормативные документы положений на этот счет не содержат. Иными словами, родителю не удастся совместно находиться с ребенком постоянно. Возможны лишь периодические посещения.

Вместе с тем, во многих наших больницах – большей частью онкологических – за пациентами ОРИТ ухаживают родственники, и никаких проблем. Уж, не говоря о том, что во всех развитых странах существует свободный вход для членов семьи к ребенку в любую палату, кроме стерильных, но и тогда мама рядом и общается с ребенком через стекло.

Анализируя законодательство, юристы предлагают дополнить Административный кодекс РФ статьей о наказании за принудительное разлучение родителей с больным ребенком без законных оснований. В идеале, конечно, должна быть предусмотрена еще и ответственность должностных лиц за воспрепятствование родительскому уходу.

Охране здоровья детей посвящен также Федеральный Закон от 29 декабря 2010 года №436-ФЗ (ред. от 29.06.2015 г.) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». В статье 2 приведены основные понятия, используемые в законе:

«…4) информационная безопасность детей - состояние защищенности детей, при котором отсутствует риск, связанный с причинением информацией вреда их здоровью и (или) физическому, психическому, духовному, нравственному развитию;

…7) информация, причиняющая вред здоровью и (или) развитию детей, - информация (в том числе содержащаяся в информационной продукции для детей), распространение которой среди детей запрещено или ограничено в соответствии с настоящим Федеральным законом;

8) информация порнографического характера - информация, представляемая в виде натуралистических изображения или описания половых органов человека и (или) полового сношения либо сопоставимого с половым сношением действия сексуального характера, в том числе такого действия, совершаемого в отношении животного».

В статье 5 данного закона перечислены виды информации, причиняющие вред (табл. 2.8).

Еще раз следует обратиться к Приказу МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. №822н (ред. от 03.09.2015 г.) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Данный приказ перечисляет виды медицинской помощи, оказываемой в образовательных организациях и условия ее оказания.

Пункт 20 Приказа особо выделяет:

«20. При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни без согласия родителей (законных представителей), согласно пункту 1 части 9 статьи 20 Федерального закона (от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), медицинский работник информирует его родителей (законных представителей) об оказанной медицинской помощи…».

Приказ МЗ РФ от 11 апреля 2013 г. №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» в пункте 13 указывает, что «В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врачи-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование с указанием даты и места их проведения».

Таблица 2.8.

Виды информации, причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей

Статья 5 ФЗ от 29 декабря 2010 года №436-ФЗ	
К информации, запрещенной для распространения среди детей, относится информация:	1) побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству;
	2) способная вызвать у детей желание употребить наркотические средства, психотропные и (или) одурманивающие вещества, табачные изделия, алкогольную и спиртосодержащую продукцию, пиво и напитки, изготавливаемые на его основе, принять участие в азартных играх, заниматься проституцией, бродяжничеством или попрошайничеством;
	3) обосновывающая или оправдывающая допустимость насилия и (или) жестокости либо побуждающая осуществлять насильственные действия по отношению к людям или животным, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
	4) отрицающая семейные ценности, пропагандирующая нетрадиционные сексуальные отношения и формирующая неуважение к родителям и (или) другим членам семьи;
	5) оправдывающая противоправное поведение;
	6) содержащая нецензурную брань;
	7) содержащая информацию порнографического характера;
	8) о несовершеннолетнем, пострадавшем в результате противоправных действий (бездействия), включая фамилии, имена, отчества, фото- и видеоизображения такого несовершеннолетнего, его родителей и иных законных представителей, дату рождения такого несовершеннолетнего, аудиозапись его голоса, место его жительства или место временного пребывания, место его учебы или работы, иную информацию, позволяющую прямо или косвенно установить личность такого несовершеннолетнего.

Кроме того, приказ обязывает медицинских работников «...19. В случае если при проведении диспансеризации выявлены признаки причинения вреда здоровью несовершеннолетнего, в отношении которых имеются основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий, медицинский работник обязан обеспечить информирование об этом органов внутренних дел в соответствии с Порядком информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 565н».

3. Правовое положение несовершеннолетних в сфере гражданских отношений

Гражданское законодательство, закрепляя права и обязанности ребенка, использует два термина: «малолетний» - в силу возраста им признается гражданин с момента рождения до достижения 14 лет - и «несовершеннолетний» - в возрасте от 14 до 18 лет. Это обусловлено различным объемом возможностей самостоятельно реализовывать предусмотренные законом права и обязанности в силу психологической зрелости ребенка.

Согласно ст. 17 ГК РФ гражданин в возрасте до 18 лет имеет такую же правоспособность, как и совершеннолетний гражданин, т.е. равную способность (возможность) иметь гражданские права и нести обязанности (табл. 3.1).

Определяя содержание правоспособности граждан, закон уделяет внимание главному - правам, примерный перечень которых закреплен в ст. 18 ГК РФ, где предусматривается, что гражданин может:

- иметь имущество на праве собственности;
- наследовать и завещать имущество;
- заниматься предпринимательской и любой иной не запрещенной законом деятельностью;

Таблица 3.1.

Правоспособность и дееспособность гражданина

Физическое лицо - гражданин	
Правоспособность	Дееспособность
Способность иметь гражданские права и обязанности. Возникает в момент рождения, прекращается смертью.	Способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя и исполнять гражданские обязанности. Возникает в полном объеме по достижении 18 лет.

- создавать юридические лица самостоятельно или совместно с другими гражданами и юридическими лицами;

- совершать любые не противоречащие закону сделки и участвовать в обязательствах;

- избирать место жительства;

- иметь права авторов произведений науки, литературы и искусства, изобретений и иных охраняемых законом результатов интеллектуальной деятельности;

- иметь иные имущественные и личные неимущественные права.

К числу наиболее значимых имущественных прав несовершеннолетних следует отнести право на получение содержания от своих родителей и других членов семьи в соответствии с нормами Семейного кодекса РФ.

Также необходимо отметить, что согласно гражданскому законодательству дети и родители, проживающие совместно, не имеют права собственности на имущество друг друга. Однако они могут владеть и пользоваться имуществом друг друга по взаимному согласию. В случае возникновения права общей долевой собственности родителей и детей их отношения регулируются общими нормами гражданского законодательства.

Несовершеннолетние наравне со взрослыми обладают такими личными неимущественными правами, как право на жизнь и здоровье, честь и достоинство, деловую репутацию, неприкосновенность частной жизни, право на имя и др. (ст. 150 ГК РФ). Все эти права неотчуждаемы и непередаваемы.

Рассмотрим более подробно право наследования имущества.

Статья 1142 ГК РФ детей наследодателя относит к числу наследников первой очереди. К наследованию по закону могут быть призваны не только дети наследодателя, родившиеся до его смерти, но и те, которые были зачаты при жизни, но родились в течение 300 дней после его смерти (п. 2 ст. 48 СК РФ).

Несовершеннолетние дети относятся к группе наследников, имеющих право на так называемую обязательную долю в наследственном имуществе, - при наличии завещания несовершеннолетние или нетрудоспособные дети наследуют независимо от содержания завещания не менее половины доли, которая причиталась бы им при наследовании по закону (ст. 1149 ГК РФ). Они имеют право на получение обязательной доли также в случаях, когда они были эмансипированы или вступили в брак до достижения совершеннолетия (ст. 27 и п. 2 ст. 21 ГК РФ)

Не допускается отказ от обязательной доли в наследстве (ч. 1 ст. 1158 ГК РФ).

Обязательная доля определяется с учетом стоимости всего наследственного имущества, в том числе и стоимости предметов обычной домашней обстановки и обихода.

Помимо вышеназванных норм Гражданский кодекс содержит ряд специальных положений, направленных на защиту наследственных прав ребенка. Так, при наличии зачатого, но еще не родившегося наследника раздел наследства может быть осуществлен только после рождения такого наследника (ст. 1166), а также при наличии среди наследников несовершеннолетних раздел наследства осуществляется с соблюдением правил ст. 37 ГК РФ. В целях охраны законных интересов указанных наследников о составлении соглашения о разделе наследства (ст. 1165) и о рассмотрении в суде дела о разделе наследства должен быть уведомлен орган опеки и попечительства (ст. 1167 ГК РФ).

Что касается права ребенка завещать имущество, то в соответствии со ст. 1118 ГК РФ оно может быть реализовано лишь с приобретением полной дееспособности.

Наряду с гражданскими правами граждане (в том числе несовершеннолетние) также могут иметь любые не противоречащие закону гражданские обязательства.

При этом способность своими действиями (лично) приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) возникает лишь с достижением определенного возраста, поскольку для выполнения этих действий необходимо разумно рассуждать, понимать смысл норм права, сознавать последствия своих действий, иметь жизненный опыт, т.е. необходимы психическое здоровье человека и его возрастная психологическая зрелость.

В связи с этим выделяют такие понятия, как полная, неполная (частичная), ограниченная дееспособность и недееспособность граждан.

Полная дееспособность - способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять любые допускаемые законом имущественные и личные неимущественные права, принимать на себя и исполнять любые обязанности, т.е. реализовать принадлежащую ему правоспособность в полном объеме. Согласно п. 1 ст. 21 ГК РФ такая дееспособность возникает по достижении 18-летнего возраста. Однако закон предусматривает два исключения из этого правила.

Во-первых, лицо, вступившее в порядке исключения в брак до достижения 18 лет, приобретает дееспособность в полном объеме со времени вступления в брак (п. 2 ст. 21 ГК РФ).

Согласно ст. 13 Семейного кодекса РФ при наличии уважительных причин органы местного самоуправления по месту регистрации заключения брака вправе по просьбе лиц, желающих вступить в брак, разрешить вступить в брак лицам, достигшим возраста 16 лет. Законами субъектов РФ могут быть определены порядок и условия, при наличии которых вступление в брак разрешено с учетом особых обстоятельств до достижения возраста 16 лет.

В случае расторжения брака между супругами, если один из них (оба) вступил в брак до достижения совершеннолетия, полная дееспособность за ним сохраняется. Но если брак признан недействительным, то вопрос о сохранении полной дееспособности решается судом (п. 2 ст. 21 ГК РФ).

Во-вторых, несовершеннолетний, достигший 16 лет, согласно ст. 27 ГК РФ может быть объявлен полностью дееспособным, если он работает по трудовому договору, в том числе по контракту, или с согласия родителей, усыновителей или попечителей занимается предпринимательской деятельностью и зарегистрирован в качестве предпринимателя. Объявление несовершеннолетнего полностью дееспособным, именуемое эмансипацией (от лат. emancipatio), что означает освобождение от зависимости, производится по решению органа опеки и попечительства с согласия обоих родителей, усыновителей или попечителя, а при отсутствии такого согласия - по решению суда.

Несовершеннолетний может быть объявлен полностью дееспособным лишь в случаях, когда это соответствует уровню его развития и отвечает его интересам.

Представляется, что в орган опеки и попечительства с таким требованием может обратиться сам несовершеннолетний или его законный представитель (родитель, усыновитель, попечитель).

Глава 32 ГПК РФ (ст. 287 - 289) устанавливает правила рассмотрения судом в порядке особого производства дел об объявлении несовершеннолетних полностью дееспособными. При этом правом обращения в суд обладает только сам несовершеннолетний, достигший возраста 16 лет (ч. 1 ст. 287). Закон не предусматривает возможности последующего ограничения дееспособности эмансипированного лица. Однако при наличии достаточных оснований следовало бы предоставить суду такое право, если подросток злоупотребляет или явно неразумно распоряжается своим заработком, как это предусмотрено п. 4 ст. 26 ГК РФ. Ведь защита прав и интересов несовершеннолетних является обязанностью их законных представителей, органов опеки и попечительства и государства

Таким образом, несовершеннолетний может стать полностью дееспособным и, следовательно, во всем объеме пользоваться предусмотренными законом гражданскими правами и обязанностями только в указанных двух случаях.

Неполной (частичной) дееспособностью могут обладать граждане в возрасте от 6 до 14 лет (малолетние) и граждане в возрасте от 14 до 18 лет (несовершеннолетние) (табл. 3.2).

Дееспособность малолетних регулируется ст. 28 ГК РФ. По общему правилу сделки за них и от их имени могут совершать только их родители, усыновители или опекуны.

Самостоятельно малолетние вправе совершать мелкие бытовые и некоторые другие сделки.

Эти сделки должны соответствовать возрасту ребенка, предусматривать уплату незначительных сумм или передачу предметов, имеющих небольшую ценность, и совершаться за счет средств родителей (усыновителей, опекуна).

Таблица 3.2.

Дееспособность малолетних и несовершеннолетних

Дееспособность малолетних (от 6 до 14 лет)	Сделки совершают от их имени только законные представители. Вправе самостоятельно совершать: мелкие бытовые сделки; сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения; сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения. Имущественная ответственность: Несут родители, усыновители или опекуны, если не докажут, что обязательство было нарушено не по их вине.
Дееспособность несовершеннолетних (от 14 до 18 лет)	Совершают сделки с письменного согласия своих законных представителей. Вправе самостоятельно: распоряжаться своим заработком, стипендией и иными доходами; осуществлять авторские права; в соответствии с законом вносить вклады в кредитные учреждения и распоряжаться ими. Имущественная ответственность: Самостоятельно несут имущественную ответственность.
Опека	Устанавливается над малолетними до 14 лет и над гражданами, признанными судом не дееспособными
Попечительство	Устанавливается над несовершеннолетними от 14 до 18 лет и над гражданами, ограниченными судом в дееспособности...

Под бытовыми понимаются сделки, направленные на удовлетворение обычных потребностей малолетнего (приобретение продуктов питания, канцелярских принадлежностей и т. п.);

Иные сделки, совершенные малолетним самостоятельно от своего имени, признаются абсолютно недействительными (ничтожными). Однако в интересах малолетнего совершенная им сделка может быть по требованию его родителей, усыновителей или опекуна признана судом действительной, если она совершена к выгоде малолетнего (п. 2 ст. 172 ГК РФ).

Имущественную ответственность за малолетнего несут его родители, усыновители или опекуны, если не докажут, что обязательство было нарушено не по их вине.

Дееспособность несовершеннолетних регулируется ст. 26 ГК РФ.

По достижении 16 лет несовершеннолетний может являться членом кооператива.

Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет считаются деликтоспособными, т.е. сами отвечают за имущественный вред, причиненный их действиями. Однако, если у несовершеннолетнего нет имущества или заработка, достаточного для возмещения вреда, вред в соответствующей части должен быть возмещен его родителями (усыновителями, попечителем), если они не докажут, что вред возник не по их вине (ст. 1073 ГК РФ).

Если несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет совершил сделку, выходящую за пределы его дееспособности, без письменного согласия его законных представителей или их последующего одобрения, то такая сделка может быть признана судом недействительной по иску

родителей, усыновителей или попечителя несовершеннолетнего (ст. 175 ГК РФ). Однако, если такая сделка полностью отвечает интересам несовершеннолетнего, она может быть признана действительной при последующем одобрении ее законными представителями.

Несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет может быть ограничен или лишен частичной дееспособности. Согласно п. 4 ст. 26 ГК РФ при наличии достаточных оснований суд по ходатайству родителей, усыновителей или попечителей либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить несовершеннолетнего права самостоятельно распоряжаться своим заработком, стипендией или иными доходами. Достаточными основаниями следует признать расходование денег на цели, противоречащие закону и нормам морали (покупка спиртных напитков, наркотиков, азартные игры и т. п.), либо неразумное их расходование, без учета потребностей в питании, одежде и т. п. Рассмотрение судом дел об ограничении дееспособности несовершеннолетнего осуществляется в соответствии со ст. 281 - 285 ГПК РФ.

Срок ограничения дееспособности несовершеннолетнего устанавливается судом, в противном случае ограничение действует до достижения несовершеннолетним 18 лет либо до отмены ограничения судом по ходатайству тех лиц, которые обращались с заявлением об ограничении.

Что касается граждан, являющихся недееспособными, то по возрасту ими признаются граждане, не достигшие 6 лет. Они не вправе совершать никаких сделок, в том числе и мелких бытовых; полную ответственность за них несут их законные представители.

Поскольку несовершеннолетние не обладают полной дееспособностью, для защиты их прав и интересов используется институт опеки и попечительства.

В настоящее время основополагающие нормы этого института содержатся в Гражданском кодексе (ст. 31 - 40), который устанавливает, что деятельность опекунов и попечителей, относящаяся к воспитанию несовершеннолетних, состоящих под опекой и попечительством, является предметом ведения семейного права (п. 1 ст. 150 СК РФ). Гражданские права и обязанности опекуна (попечителя) определяются ст. 36 - 38 ГК РФ.

Опека устанавливается над детьми в возрасте до 14 лет (п. 1 ст. 32 ГК РФ). Ее сущность состоит в том, что вместо ребенка, не достигшего 14 лет, все права и обязанности осуществляет специально назначенное лицо - опекун. Опекуны полностью заменяют своих подопечных в имущественных отношениях, они являются их представителями в силу закона.

Попечительство устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет. Попечительство состоит в том, что специально назначенное лицо - попечитель помогает осуществлять принадлежащие частично дееспособному лицу права и исполнять обязанности путем дачи согласия на совершение такими лицами сделок и других юридически значимых действий (помимо сделок, которые несовершеннолетний вправе совершать самостоятельно).

Опека и попечительство находятся в ведении органов местного самоуправления. Выполнение функций в области опеки и попечительства возлагается на отделы (управления) образования. Наиболее важные вопросы (например, издание постановления о назначении конкретного гражданина опекуном или попечителем) решает непосредственно глава районной, городской, районной в городе администрации по месту жительства лица, подлежащего опеке или попечительству, или по месту жительства опекуна (попечителя).

По общему правилу опекун (попечитель) назначается органом опеки и попечительства по месту жительства ребенка (п. 1 ст. 35 ГК РФ).

Постановление главы местной администрации об установлении опеки (попечительства), действия (бездействие) лиц, занимающихся повседневной работой по опеке (попечительству), могут быть обжалованы на общих основаниях. Правом на обжалование обладают следующие заинтересованные лица:

- родители (один из них);
- близкие родственники ребенка, подлежащего устройству на опеку (попечительство);
- воспитательные, медицинские учреждения, учреждения социальной защиты населения и др.

Жалоба подается непосредственно в суд или в вышестоящий орган в порядке подчиненности органов исполнительной власти.

Установление опеки (попечительства) Гражданский кодекс связывает с определенным сроком - один месяц с момента, когда органам опеки и попечительства стало известно о необходимости устройства ребенка (ст. 35). Тем самым сводится к минимуму возможность его оставления без заботы со стороны лиц, управомоченных на защиту его прав и интересов. Если почему-либо в этот срок не удается оформить опеку (попечительство), органы опеки и попечительства действуют в соответствии с п. 2 ст. 123 Семейного кодекса.

Согласно п. 2 ст. 35 ГК РФ опекунами (попечителями) не могут быть несовершеннолетние граждане, недееспособные, а также лишенные родительских прав лица.

После установления опеки (попечительства) опекуну (попечителю) выдается опекунское удостоверение. Одновременно заводится личное дело подопечного, где хранится вся документация по опеке (попечительству), а также акты обследования условий жизни подопечного. Орган опеки и попечительства, выполняя требования п. 3 ст. 34 ГК РФ, осуществляет постоянный надзор за деятельностью опекунов (попечителей) с помощью контрольных проверок, проводимых этим органом не менее двух раз в год. Надзор за выполнением обязанностей опекуна (попечителя) сочетается с оказанием ему различного рода помощи в воспитании подопечного, улучшении его быта, материального обеспечения и т.д.

Опека прекращается по достижении малолетним подопечным 14 лет. В таких случаях опекун автоматически становится попечителем без всякого дополнительного на этот счет решения (п. 2 ст. 40 ГК РФ). Попечительство над несовершеннолетним прекращается без особого решения по достижении подопечным 18 лет, а также в случае вступления его в брак (п. 2 ст. 21 ГК РФ) либо в случае его эмансипации (ст. 27). Кроме того, опека и попечительство могут прекратить свое существование вследствие освобождения или отстранения опекуна (попечителя) от исполнения им своих обязанностей (ст. 39).

Утрата попечения со стороны родителей может не всегда носить постоянный характер (родители (один из них) возвращаются из мест лишения свободы, восстанавливают свое здоровье и т. п.). В таких случаях возвращение ребенка к родителям и прекращение вследствие этого опеки (попечительства) не всегда соответствует интересам ребенка. При этом может возникнуть спор между не лишенным родительских прав родителем и опекуном (попечителем), который нужно рассматривать по аналогии со ст. 68 СК РФ. При отказе родителям (одному из них) в иске опека (попечительство) сохраняется. После удовлетворения иска родителей (одного из них) опека (попечительство) прекращается с момента вступления решения суда в законную силу.

Опека (попечительство) может прекращаться и при усыновлении подопечного опекуном (попечителем) или другими лицами. Выносить специальное постановление об освобождении опекуна (попечителя) при этом не требуется.

Иногда опекун (попечитель) не может справиться со своими обязанностями по причинам как объективного, так и субъективного свойства. В этих случаях ребенок может быть помещен в детское воспитательное, лечебное учреждение, учреждение социальной защиты населения. Если подопечный по решению органа опеки и попечительства передается в данные учреждения на полное государственное попечение, существовавшая ранее опека (попечительство) прекращается. Выполнение обязанностей опекуна (попечителя) в таких случаях возлагается на администрацию детского учреждения.

Опекун (попечитель) может по уважительным причинам (серьезная болезнь, инвалидность, тяжелые семейные обстоятельства и т. п.) отказаться от заботы о ребенке.

От прекращения опеки (попечительства) путем освобождения опекуна (попечителя) следует отличать его отстранение от исполнения им своих обязанностей вследствие нежелания заботиться о подопечном, защищать его права и интересы, выполнять опекунские обязанности. Отсутствие всяких усилий опекуна (попечителя), направленных на заботу о несовершеннолетнем в любых ее проявлениях, обязывает органы опеки и попечительства отстранить такого опекуна (попечителя) и вынести при этом соответствующее постановление. То же самое должно произойти, если опекун (попечитель) не просто бездействует, но совершает поступки, противоречащие интересам подопечного (при этом не имеет значения, наступили или нет негативные последствия неправомерного поведения опекуна (попечителя)), и если опекун (попечитель) оставляет

подопечного без надзора и необходимой помощи, когда его жизнь и здоровье в опасности.

Прекращая опеку (попечительство) в таких случаях, орган опеки и попечительства не только отстраняет опекуна (попечителя), но и вправе все имеющиеся у него материалы направить прокурору. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию подопечного ребенка опекун (попечитель) может быть привлечен к административной ответственности (ст. 5.35 КоАП РФ), а если это связано с жестоким обращением с ребенком - к уголовной ответственности (ст. 156 УК РФ).

4. Охрана семьи и несовершеннолетних по семейному праву

Согласно пункту 1 статьи 54 Семейного кодекса РФ ребенком признается лицо, не достигшее возраста 18 лет (совершеннолетия), аналогичная норма закреплена и в ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ». Конституция РФ и семейное законодательство перечисляют права ребенка:

1. Жить и воспитываться в семье, по возможности знать своих родителей.
2. Общаться с родителями и другими родственниками.
3. Право на защиту своих прав и законных интересов (осуществляют родители).
4. На защиту от злоупотреблений со стороны родителей путем самостоятельного обращения в орган опеки и попечительств, а по достижении возраста 14 лет в суд (должностные лица организаций и иные граждане обязаны сообщить в органы опеки и попечительства о нарушении прав и законных интересов ребенка).
5. Право выражать свое мнение.
6. Право на имя, отчество и фамилию и на их изменение (при достижении 10 летнего возраста только с его согласия).
7. Получение содержания от своих родителей и других членов семьи.
8. Право собственности на доходы, полученные им, имущество, получение в дар или в порядке наследования.

Законодательство РФ о семье, материнстве и детстве основано на развитии ст. 38 Конституции РФ, в которой указано, что эти категории находятся под защитой государства. Прежде всего, при наличии медицинских показаний и социально значимых заболеваний каждый гражданин имеет право на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации. Права детей представлены в главе 11 Семейного кодекса РФ (табл. 4.1).

Таблица 4.1.

Права детей согласно СК РФ

Права детей	
Каждый ребенок имеет право	1. Жить и воспитываться в семье, по возможности знать своих родителей.
	2. Право общаться с родителями и другими родственниками
	3. Право на защиту своих прав и законных интересов (осуществляют родители).
	4. Право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей путем самостоятельного обращения в орган опеки и попечительств, а по достижении возраста 14 лет в суд (должностные лица организаций и иные граждане обязаны сообщить в органы опеки и попечительства о нарушении прав и законных интересов ребенка).
	5. Право выражать свое мнение
	6. Право на имя, отчество и фамилию и на их изменение (при достижении 10 летнего возраста только с его согласия).
	7. Получение содержания от своих родителей и других членов семьи.
	8. Право собственности на доходы, полученные им, имущество, получение в дар или в порядке наследования.

Родители, в сою очередь**,** имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей (родительские права).

Родительские права прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия), а также при вступлении несовершеннолетних детей в брак и в других случаях приобретения детьми полной дееспособности до достижения ими совершеннолетия.

Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей. Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

Родители имеют преимущественное право на воспитание своих детей перед всеми другими лицами и обязаны обеспечить получение детьми основного общего образования.

Родители с учетом мнения детей имеют право выбора образовательного учреждения и формы обучения детей до получения детьми основного общего образования.

Родители имеют права и обязанности родителей по защите прав и интересов детей (табл. 4.2; 4.3).

Таблица 4.2.

Защите прав и интересов детей родителями

Статья 64 СК РФ	
Права и обязанности родителей по защите прав и интересов детей	1. Защита прав и интересов детей возлагается на их родителей. Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий.
	2. Родители не вправе представлять интересы своих детей, если органом опеки и попечительства установлено, что между интересами родителей и детей имеются противоречия. В случае разногласий между родителями и детьми орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей.

Таблица 4.3.

Осуществление родительских прав

Статья 65 СК РФ	
Осуществление родительских прав	1. Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей. Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке.
	2. Все вопросы, касающиеся воспитания и образования детей, решаются родителями по их взаимному согласию исходя из интересов детей и с учетом мнения детей. Родители (один из них) при наличии разногласий между ними вправе обратиться за разрешением этих разногласий в орган опеки и попечительства или в суд. 3. Место жительства детей при раздельном проживании родителей устанавливается соглашением родителей.

Родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий.

Родители не вправе представлять интересы своих детей, если органом опеки и попечительства установлено, что между интересами родителей и детей имеются противоречия. В случае разногласий между родителями и детьми орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей.

Семейный кодекс в статье 65 предусматривает ограничения для родителей при осуществлении ими родительских прав.

При отсутствии соглашения спор между родителями разрешается судом исходя из интересов детей и с учетом мнения детей. При этом суд учитывает привязанность ребенка к каждому из родителей, братьям и сестрам, возраст ребенка, нравственные и иные личные качества родителей, отношения, существующие между каждым из родителей и ребенком, возможность создания ребенку условий для воспитания и развития (род деятельности, режим работы родителей, материальное и семейное положение родителей и другое).

5. Правовое положение несовершеннолетних в сфере трудовых отношений

Основные трудовые права несовершеннолетних граждан России закреплены ст. 37 Конституции РФ. Подростки, как и другие граждане, вправе свободно распоряжаться своими способностями к труду, имеют право на безопасные условия труда, оплату труда, право на отдых и защиту своих трудовых прав.

Трудовой кодекс РФ устанавливает заключение трудового договора допускается с лицами, достигшими возраста шестнадцати лет.

В случаях получения общего образования, либо продолжения освоения основной общеобразовательной программы общего образования по иной, чем очная, форме обучения, либо оставления в соответствии с федеральным законом общеобразовательного учреждения трудовой договор могут заключать лица, достигшие возраста пятнадцати лет для выполнения легкого труда, не причиняющего вреда их здоровью.

С согласия одного из родителей (попечителя) и органа опеки и попечительства трудовой договор может быть заключен с учащимся, достигшим возраста четырнадцати лет, для выполнения в свободное от учебы время легкого труда, не причиняющего вреда его здоровью и не нарушающего процесса обучения.

В организациях кинематографии, театрах, театральных и концертных организациях, цирках допускается с согласия одного из родителей (опекуна) и разрешения органа опеки и попечительства заключение трудового договора с лицами, не достигшими возраста четырнадцати лет, для участия в создании и (или) исполнении (экспонировании) произведений без ущерба здоровью и нравственному развитию. Трудовой договор от имени работника в этом случае подписывается его родителем (опекуном). В разрешении органа опеки и попечительства указываются максимально допустимая продолжительность ежедневной работы и другие условия, в которых может выполняться работа.

Запрещается применение труда лиц в возрасте до восемнадцати лет на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на подземных работах, а также на работах, выполнение которых может причинить вред их здоровью и нравственному развитию (игорный бизнес, работа в ночных кабаре и клубах, производство, перевозка и торговля спиртными напитками, табачными изделиями, наркотическими и иными токсическими препаратами).

Запрещаются переноска и передвижение работниками в возрасте до восемнадцати лет тяжестей, превышающих установленные для них предельные нормы.

Лица в возрасте до восемнадцати лет принимаются на работу только после предварительного обязательного медицинского осмотра (обследования) и в дальнейшем, до достижения возраста восемнадцати лет, ежегодно подлежат обязательному медицинскому осмотру (обследованию).

Ежегодный основной оплачиваемый отпуск работникам в возрасте до восемнадцати лет предоставляется продолжительностью 31 календарный день в удобное для них время.

Запрещаются направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе,

работе в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни работников в возрасте до восемнадцати лет (за исключением творческих работников средств массовой информации, организаций кинематографии, теле- и видеосъемочных коллективов, театров, театральных и концертных организаций, цирков и иных лиц, участвующих в создании и (или) исполнении (экспонировании) произведений, в соответствии с перечнями работ, профессий, должностей этих работников, утверждаемыми Правительством РФ с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений). Расторжение трудового договора с работниками в возрасте до восемнадцати лет по инициативе работодателя (за исключением случая ликвидации организации или прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем) помимо соблюдения общего порядка допускается только с согласия соответствующей государственной инспекции труда и комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Для работников в возрасте до восемнадцати лет нормы выработки устанавливаются исходя из общих норм выработки пропорционально установленной для этих работников сокращенной продолжительности рабочего времени.

Для работников в возрасте до восемнадцати лет, поступающих на работу после окончания общеобразовательных учреждений и образовательных учреждений начального профессионального образования, а также прошедших профессиональное обучение на производстве, в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором могут устанавливаться пониженные нормы выработки.

Обязанности, меры поощрения и дисциплинарная ответственность несовершеннолетних работников не имеют каких-либо особенностей, по сравнению с совершеннолетними.

6. Ответственность несовершеннолетних по административному и уголовному праву

Согласно Кодексу Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ), административным правонарушением признается противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое установлена административная ответственность (статья 2.1 КоАП РФ).

Драки, надписи на стенах, пьянство в общественных местах - подобные правонарушения характерны для подростков. Как закон предписывает наказывать их, в чем особенности оформления преступлений несовершеннолетних и как строится защита.

К административной ответственности по российскому законодательству несовершеннолетний может быть привлечен с 16 лет. При этом 16 лет должно исполниться на момент совершения правонарушения.

Предусмотрено много видов административных наказаний. К несовершеннолетним правонарушителям применяется в основном предупреждение либо штраф. Штраф, в силу отсутствия у несовершеннолетнего лица источника самостоятельного дохода, является не самым действенным видом наказания, однако большинство статей Кодекса об административных правонарушениях предусматривают наказание именно в виде штрафа. Правонарушения несовершеннолетних, не достигших возраста 16 лет, влекут наложение административного штрафа на их родителей или иных законных представителей.

А вот наказание в виде административного ареста не может применяться к лицам, не достигшим возраста 18 лет.

Существует общее правило, в соответствии с которым постановление об административном правонарушении не может быть вынесено позднее двух месяцев со дня совершения правонарушения. Из этого правила есть исключения, увеличивающие этот срок, но все они едва ли могут быть применены по отношению к несовершеннолетним, слишком уж специфичны те нарушения, по которым срок давности увеличен. Если срок истек, то дело об административном правонарушении подлежит прекращению. Очень часто нарушители пытаются искусственно затянуть рассмотрение дела, и часто им это удается.

Какие правонарушения наиболее часто встречаются среди несовершеннолетних? Помимо кражи («мелкое хищение» статья 7.27 КоАП) и хулиганства («мелкое хулиганство» ст. 20.1 КоАП), наиболее распространенными правонарушениями являются распитие пива и алкогольной продукции в общественных местах, в общественном транспорте, в организациях культуры и спортивных сооружениях, а также потребление наркотических и психотропных веществ, и появление в состоянии опьянения в общественных местах (статьи 20.20 и 20.21 КоАП).

Также традиционно среди молодежи высок уровень проявления вандализма. Вандализм обоснованно считается уделом именно молодых людей в возрасте от 11 до 25 лет. К проявлениям вандализма относятся повреждение подвижного состава общественного транспорта, порча имущества, нанесение на стены домов различного рода надписей, рисунков. При этом следует учитывать, что ввиду высокой общественной опасности вандализма, за совершение подобных действий также установлена и уголовная ответственность, причем возраст, с которого допускается привлечение несовершеннолетних к ответственности, снижен законодателем до 14 лет, а грань между уголовным преступлением и административным правонарушением здесь весьма условна.

Для несовершеннолетних мужского пола предусмотрены специальные составы административных правонарушений. Это неисполнение обязанностей по воинскому учету, уклонение от медицинского обследования, умышленные порча или утрата документов воинского учета (статьи 21.5, 21.6, 21.7 КоАП).

Административное задержание, то есть кратковременное ограничение свободы физического лица, согласно статьи 27.3 ч.1 КоАП РФ, может быть применено в исключительных случаях, если это необходимо для обеспечения правильного и своевременного рассмотрения дела об административном правонарушении, исполнения постановления по делу об административном правонарушении (табл. 6.1).

Таблица 6.1.

Ответственность несовершеннолетних по административному праву

Административное правонарушение	Санкции
Статья 5.61 - Оскорбление, то есть унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме,	штраф от одной тысячи до трех тысяч рублей…
Статья 6.1.1 - Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, но не повлекших последствий, указанных в статье 115 Уголовного кодекса Российской Федерации, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния	штраф от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов
Статья 6.8— незаконное приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических веществ…	штраф от четырех тысяч до пяти тысяч рублей
Статья 6.9— потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача	штраф от четырех тысяч до пяти тысяч рублей
Статья 6.11– занятие проституцией	штраф от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей
Статья 7.17– уничтожение или повреждение чужого имущества, если эти действия не повлекли причинение значительного ущерба.	штраф от трехсот до пятисот рублей
Статья 7.27– мелкое хищение чужого имущества путём кражи, мошенничества. Присвоения или растраты	штраф до пятикратной стоимости похищенного…
Статья 11.1- действия, угрожающие безопасности движения на железнодорожном транспорте и метрополитене…	штраф от трех тысяч до пяти тысяч рублей

Продолжение табл. 6.1.

Статья 12.7 — управление транспортным средством водителем, не имеющим права управления транспортным средством	штраф до двух тысяч пятисот рублей
Статья 19.13 — заведомо ложный вызов специализированных служб…	штраф от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей
Статья 19.16 — умышленная порча удостоверения личности гражданина (паспорта), либо утрата удостоверения личности гражданина (паспорта) по небрежности, …	предупреждение или административный штраф от ста до трёхсот рублей
Статья 20.1 – мелкое хулиганство, то есть нарушение общественного порядка, выражающее явное неуважение к обществу, сопровождающееся нецензурной бранью в общественных местах, оскорбительным приставаниям к гражданам, а равно уничтожением или повреждением чужого имущества	штраф от пятисот до двух тысяч пятисот рублей
Статья 20.3 ч.1 — пропаганда и публичное демонстрирование нацистской атрибутики или символики, сходных с нацистской атрибутикой и символикой до степени смешения	штраф от одной тысячи до двух тысяч пятисот рублей с конфискацией предмета правонарушения
Статья 20.20 ч.1 — потребление (распитие) алкогольной продукции в общественных местах, в детских, образовательных и медицинских организациях, на всех видах общественного транспорта…, в организациях культуры, физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружениях и т.д.	штраф от пятисот до одной тысячи пятисот рублей
Статья 20.20 ч.2 — потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо потребление других одурманивающих веществ …в общественных местах	штраф от четырех тысяч до пяти тысяч рублей
Статья 20.21 — появление на улицах, стадионах, скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах в состоянии опьянения…	штраф от пятисот до одной тысячи пятисот рублей
Статья 20.29 — массовое распространение экстремистских материалов, включённых в опубликованный федеральный список экстремистских материалов. А равно их производство либо хранение в целях массового распространения	штраф от одной тысячи до трёх тысяч рублей

Об административном задержании несовершеннолетнего в обязательном порядке уведомляются его родители или иные законные представители.

Органами, уполномоченными рассматривать дела об административном правонарушении, являются судьи (федеральные и мировые), комиссии по делам несовершеннолетних, органы внутренних дел.

Дела об административных правонарушениях рассматриваются в открытом режиме.

Открытый режим означает, что при рассмотрении дела может присутствовать не только сам «виновник» слушания, но и его родители, иные родственники, друзья и т.д. При этом следует знать, что в отношении несовершеннолетних их родители, будучи законными представителями своих детей, могут осуществлять их защиту. То есть быть своего рода адвокатами. Для подтверждения полномочий достаточно паспорта родителя и свидетельства о рождении ребенка. Присутствие такого законного представителя при рассмотрении дела может быть признано обязательным. При этом защиту совместно с законным представителем может осуществлять и адвокат.

Также при рассмотрении дела в отношении несовершеннолетнего лица может принимать участие прокурор. Прокурора обязаны известить о месте и времени такого рассмотрения.

Существуют определенные виды принудительного воздействия на лицо, которое подозревается в совершении административного правонарушения. Доставление – принудительное препровождение лица в целях составления протокола, если составление обязательно, но составить протокол на месте по каким-то причинам невозможно (например, при массовых драках или иных беспорядках). Административное задержание (не путать с арестом) – кратковременно ограничение свободы, может быть применено в исключительных случаях. Срок задержания по общему правилу не может превышать 3 часов. О задержании несовершеннолетнего в обязательном порядке должны быть уведомлены его родители или иные законные представители. О доставлении и административном задержании составляются соответствующие отдельные протоколы.

Также может быть проведен личный досмотр и досмотр вещей. Досмотр производится в присутствии двух понятых. О досмотре составляется отдельный протокол либо делается отметка в протоколе о доставлении или задержании.

Следует различать протокол об административном правонарушении и постановление по делу об административном правонарушении. Протокол фиксирует сам факт совершения правонарушения и обстоятельства совершения, а постановление является итоговым документом, аналогом приговора в рамках уголовного дела.

Протокол об административном правонарушении должен быть составлен немедленно после выявления самого правонарушения. Законом допускаются случаи увеличения этого срока. Протокол составляется не всегда. Если за совершение административного правонарушения назначается наказание в виде предупреждения или штрафа, то сразу выносится постановление по делу, в котором отражается назначение наказания в виде предупреждения либо штрафа.

На практике все факты привлечения к административной ответственности негласно принимаются во внимание как обстоятельства, характеризующие личность, и если уже в несовершеннолетнем возрасте человек привлекался к административной ответственности, то это может так или иначе осложнить его жизнь в дальнейшем.

Ответственность несовершеннолетних по уголовному праву наступает с шестнадцати лет.

Согласно статье 87 УК РФ, несовершеннолетними признаются лица, которым ко времени совершения преступления исполнилось четырнадцать лет, но не исполнилось восемнадцати лет. Несовершеннолетним, совершившим преступления, может быть назначено наказание либо к ним могут быть применены принудительные меры воспитательного характера.

В ст. 88 УК РФ перечислены виды наказаний, назначаемых несовершеннолетним.

1. Штраф (при наличии собственного заработка или имущества, от 10 до 500 минимальных размеров оплаты труда).

2. Лишение права заниматься определенной деятельностью.

3. Обязательные работы (от 40 до 160 часов в свободное от учебы, работы время).

4. Исправительные работы (до одного года).

5. Арест (достигшим 16 лет – от 1 до 4 месяцев).

6. Лишение свободы на определенный срок (до 10 лет).

Лица, достигшие ко времени совершения преступления четырнадцатилетнего возраста, подлежат ответственности за особо тяжкие преступления (табл. 6.2).

Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактическую и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности.

Согласно ст. 90 УК РФ - Применение принудительных мер воспитательного воздействия:

«1. Несовершеннолетний, впервые совершивший преступление небольшой или средней тяжести, может быть освобожден от уголовной ответственности, если будет признано, что его исправление может быть достигнуто путем применения принудительных мер воспитательного воздействия.

2. Несовершеннолетнему могут быть назначены следующие принудительные меры воспитательного воздействия:

– предупреждение;

– передача под надзор родителей или лиц, их заменяющих, либо специализированного государственного органа;

– возложение обязанности загладить причиненный вред;

– ограничение досуга и установление особых требований к поведению несовершеннолетнего.

Таблица 6.2.

Ответственность несовершеннолетних по уголовному праву

Преступление	Статья УК РФ
– убийство	статья 105
– умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	статья 111
– умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью	статья 112
- умышленное причинение легкого вреда здоровью	статья 115
- побои	статья 116
- угроза убийством или причинение тяжкого вреда здоровью	статья 119
– похищение человека	статья 126
– изнасилование	статья 131
– насильственные действия сексуального характера	статья 132
– кража	статья 158
– грабеж	статья 161
– разбой	статья 162
– вымогательство	статья 163
– неправомерное завладение автомобилем …	статья 166
– умышленное уничтожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятельствах	статья 167, ч. 2
– терроризм	статья 205
– захват заложника	статья 206
– заведомо ложное сообщение об акте терроризма	статья 207
– хулиганство при отягчающих обстоятельствах	части 2-3 статьи 213
– вандализм	статья 214
- незаконные операции с оружием	статья 222
– хищение либо вымогательство оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств	статья 226
- незаконные операции с наркотиками	статья 228
– хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ	статья 229
- склонение к употреблению наркотиков	статья 230
– приведение в негодность транспортных средств или путей сообщения	статья 267

3. Несовершеннолетнему может быть назначено одновременно несколько принудительных мер воспитательного воздействия.

4. В случае систематического неисполнения несовершеннолетним принудительной меры воспитательного воздействия, эта мера по представлению специализированного государственного органа отменяется, и материалы направляются для привлечения несовершеннолетнего к уголовной ответственности».

Защита семьи и несовершеннолетних в уголовном законе представлена главой 20 - Преступления против семьи и несовершеннолетних. Глава 20 содержит 8 статей (150-157):

- Вовлечение несовершеннолетнего в совершение преступления.
- Вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий.
- Розничная продажа несовершеннолетним алкогольной продукции.

- Подмена ребенка.

- Незаконное усыновление (удочерение).

- Разглашение тайны усыновления (удочерения).

- Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего.

- Злостное уклонение от уплаты средств на содержание детей или нетрудоспособных родителей.

В главу 20 включены лишь самостоятельные составы преступлений, целиком посвященные уголовно-правовой защите семьи и несовершеннолетних. Это далеко не все нормы УК РФ, на основе которых осуществляется уголовно-правовая защита семьи и несовершеннолетних. В Общей части УК РФ посягательства на несовершеннолетних рассматриваются как отягчающие обстоятельства. Многие нормы устанавливают повышенную ответственность за истязание несовершеннолетнего (ст. 117), заражение венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией (ст. 121, 122), похищение несовершеннолетнего (ст. 126), изнасилование или иные насильственные действия сексуального характера в отношении несовершеннолетней (несовершеннолетнего) (ч. 2 ст. 131, 132) и т.д.

Таким образом, и административное, и уголовное законодательство содержит нормы, относящиеся к защите семьи и несовершеннолетних.

Контрольные вопросы:

1. Дайте понятие ювенального права.
2. Охарактеризуйте предмет, метод и система ювенального права.
3. Охарактеризуйте конституционно-правовой статус несовершеннолетних.
4. Правовое положение несовершеннолетних в сфере гражданских отношений.
5. Как осуществляется охрана семьи и несовершеннолетних по семейному праву?
6. Охарактеризуйте правовое положение несовершеннолетних в сфере трудовых отношений.
7. Охарактеризуйте ответственность несовершеннолетних по административному праву.
8. Охарактеризуйте ответственность несовершеннолетних по уголовному праву.
9. Что подразумевается под семейной политикой детствосбережения?
10. В чем заключаются меры, направленные на обеспечение информационной безопасности детства?
11. Как Вы понимаете реализацию направления «здравоохранение и правосудие, дружественные к ребенку» в соответствии с Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 г. - 2017 г. годы»?
12. Назовите главную цель Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 г. - 2017 г. годы.
13. Охарактеризуйте проблемы детства и пути их решения в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года.
14. Охарактеризуйте проблемы детства и пути их решения в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.
15. Охарактеризуйте проблемы детства и пути их решения в приоритетном национальном проекте «Здоровье».
16. Назовите Основные проблемы в сфере детства, изложенные в Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 г. - 2017 г. годы».
17. В чем должны заключаться меры по сбережению здоровья каждого ребенка?
18. Назовите основные цели Стратегии Совета Европы по защите прав ребенка на 2016 г. - 2021 годы.
19. Как Вы понимаете формирование здравоохранения, дружественного к детям?
20. В чем должны заключаться меры по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков?
21. В чем должны заключаться меры по формированию культуры здорового питания детей и

подростков, обеспечению качества и режима питания как залога здоровья ребенка?

22. Охарактеризуйте проблемы, связанные с положением ВИЧ-инфицированных детей.

23. Охарактеризуйте содержание статьи 54 «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

24. Охарактеризуйте понятие «трудная жизненная ситуация».

25. В чем заключается создание системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к ребенку правосудия согласно Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 г. - 2017 г. годы?

26. Что подразумевается под дружественным к ребенку правосудием?

27. Назовите основные принципы и элементы дружественного к ребенку правосудия.

ТЕМА: ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Цель: уяснение основных положений Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

План

1. Законодательство Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.
2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Общие положения, объекты и субъекты, основные понятия.
3. Основные права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Обязательные медицинские осмотры.
4. Организация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
5. Обязанности и ответственность должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
6. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. ФЗ от 03.07.2016 г. № 305-ФЗ).
3. Федеральный закон от 10.01.02 г. №7-ФЗ «Об охране окружающей среды» (в ред. от 03.07.2016 г. № 358-ФЗ).
4. Федеральный закон «О защите прав потребителей» (в ред. от 03.07.2016 г. № 265-ФЗ).
5. Правовые основы деятельности врача. Учебное пособие. Часть 1. [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2016 г. – С. 175-197.

Дополнительная

1. Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (в ред. Постановления Правительства РФ от 24.01.2017 г.
2. Приказ МЗ и СР России от 12 апреля 2011 г. № 302н (ред. от 5.12.2014 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
3. Постановление главного государственного врача РФ от 9 декабря 2010 года № 163 «Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
4. Медицинская экология: учебник для студ. учреждений высшего образования /[А.А. Королев, М.В. Богданов, Ал. А. Королев и др.]; под ред. А.А. Королева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: издательский центр «Академия», 2014 г. – 224 с.
5. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

1. Законодательство Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Законодательство в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения основывается на Конституции РФ и состоит из Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», принятого 1 ноября 2011 г., Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», других федеральных законов, а также принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов РФ, законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ

На втором месте после Конституции стоит ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» – основной источник правового регулирования санитарно-эпидемиологического благополучия населения (табл. 1.1).

В статье 2 Закона об охране здоровья в понятии «охрана здоровья» говорится о том, что это - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых в РФ, в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Также в понятие «медицинская деятельность» включена профессиональная деятельность по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

В статье 6 Закона об охране здоровья указывается, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно- гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях. Далее статья 12 утверждает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, который должен обеспечиваться путем осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

В статьях 14 -17 Закона об охране здоровья говорится о Полномочиях федеральных органов государственной власти РФ, субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, которые касаются и санитарного благополучия населения.

Так, к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся: организация системы санитарной охраны территории РФ; организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах.

В статье 19 Закона об охране здоровья указано, что пациент имеет право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

В статье 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье», говорится, что граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.

Таблица 1.1.

Вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статьи	Содержание
Ст. 2. Основные понятия…	2) охрана здоровья - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе **санитарно-противоэпидемического (профилактического),** характера… в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи; 10) медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, **санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий**…
Ст. 6. Приоритет интересов пациента …	Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем: …5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом **соблюдения санитарно-гигиенических норм** и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;
Ст. 12. Приоритет профилактики…	Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем: …2) осуществления **санитарно-противоэпидемических** (профилактических) мероприятий;…
Глава 3. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья	**Статья 14.** 1. К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся: …4) организация системы **санитарной охраны** территории Российской Федерации; 5) организация, обеспечение и осуществление федерального государственного **санитарно-эпидемиологического** надзора; …2. К полномочиям федерального органа исполнительной власти, относятся: 1) … реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний**, санитарно-эпидемиологическому** благополучию населения, оказанию медицинской помощи, **санитарно-гигиеническому просвещению;…** **Статья 16**. 1. К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ …относится …2) разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения **санитарно-эпидемиологического** благополучия населения, профилактики заболеваний, …9) организация осуществления мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также **санитарно-противоэпидемических** (профилактических) мероприятий в соответствии с законодательством РФ; …13) информирование населения субъекта РФ, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, … а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении **эпидемий**;

Продолжение табл. 1.1.

Статьи	Содержание
	Статья 17. К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов… относятся: …3) информирование населения муниципального образования, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих…, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении **эпидемий**… 4) участие в **санитарно-гигиеническом просвещении** населения…;…
Ст. 19. Право на медицинскую помощь	5. Пациент имеет право на: …2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих **санитарно-гигиеническим требованиям;…**
Ст. 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье	Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о … **санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания,….**
Ст. 29. Организация охраны здоровья	1. Организация охраны здоровья осуществляется путем: …2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, … представляющих опасность для окружающих…; …4) обеспечения **санитарно-эпидемиологического** благополучия населения;
Ст. 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни	1. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется … путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, … программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по **эпидемическим** показаниям
Ст. 49. Медицинские отходы	…2. Медицинские отходы разделяются по степени их **эпидемиологической**, токсикологической, радиационной опасности, …на следующие классы: 1) класс «А» - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам; 2) класс «Б» - эпидемиологически опасные отходы; 3) класс «В» - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы; 4) класс «Г» - токсикологические опасные отходы, приближенные по составу к промышленным; 5) класс «Д» - радиоактивные отходы».
Ст. 85. Контроль в сфере охраны здоровья	Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя: …4) федеральный государственный **санитарно-эпидемиологический** надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Статья 29 Закона об охране здоровья - «Организация охраны здоровья» предусматривает обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Далее статья 30

«Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» прямо относится к санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, так как указывает, что «Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Статья 49 Закона об охране здоровья «Медицинские отходы» непосредственно относится к охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения: «1. Медицинские отходы - все виды отходов, в том числе анатомические, патолого-анатомические, биохимические, микробиологические и физиологические, образующиеся в процессе осуществления медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий…».

Статья 85 «Контроль в сфере охраны здоровья» включает в себя государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Вышеперечисленные нормативы являются источниками для разработки законов и подзаконных актов санитарного законодательства, среди которых основополагающим является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Общие положения, объекты и субъекты, основные понятия

В соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» объектом охраны выступает «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения». Однако, это общий объект охраны и результат общественного отношения. Конкретные объекты и субъекты в правоотношениях санитарно-эпидемиологического благополучия населения представлены в таблице 2.1.

Первое, что следует отметить – это статью 1, в которой даны определения основных понятий, используемых для целей Федерального закона.

Кроме выше перечисленных, Закон вводит еще понятия: санитарные правила; социально-гигиенический мониторинг; государственный санитарно-эпидемиологический надзор; санитарно-эпидемиологическое заключение; санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия (таблица 2.2).

В статье 2 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» – «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения», определено, что оно обеспечивается в первую очередь профилактикой заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения; выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности; а также государственным санитарно-эпидемиологическим нормированием, федеральным государственным санитарно-эпидемиологическим надзором и др.

Таблица 2.1.

Объекты и субъекты санитарно-эпидемиологического благополучия населения

ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»	
Объекты: а) водные объекты; б) атмосферный воздух; в) недра: г) земельные участки; д) лесные угодья; е) нормативная, проектная и нормативно-техническая документация на строительство, реконструкцию, модернизацию и застройку, ввод в эксплуатацию жилых домов, объектов культурно-бытового, жилищно-коммунального назначения, промышленных, транспортных и других предприятий и сооружений; ж) материалы, вещества, изделия и иная продукция народного хозяйства, технологии их изготовления; з) продовольственное и промышленное сырье, пищевые продукты, технологии их изготовления и контактирующие с ними материалы и изделия; и) содержание территории населенных пунктов, процесс захоронения, переработки, обезвреживания и утилизации производственных и бытовых отходов; к) эксплуатация производственных зданий, помещений, сооружений и оборудования; л) работы с источниками ионизирующих и неионизирующих излучений.	Субъекты: а) граждане РФ, лица без гражданства и иностранные граждане, постоянно или временно проживающие на территории РФ; б) население территориальных образований (городов, поселков и др.); в) юридические лица и индивидуальные предприниматели; государственные органы управления и контроля общей компетенции д) государственные органы управления и контроля специальной компетенции; е) ведомственные органы санитарного и экологического надзора; ж) общественные объединения; з) международные организации.

Таблица 2.2.

Перечень некоторых основных понятий, используемых в ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения	- состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;
Среда обитания	- совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;
Факторы среды обитания	- биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений;
Вредное воздействие на человека	- воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений;
Благоприятные условия жизнедеятельности	состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

Продолжение табл. 3.

Безопасные условия для человека	- состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;
Санитарно-эпидемиологическая обстановка	- состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время;
Гигиенический норматив	- установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека;
Ограничительные мероприятия (карантин)	- административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных;
Инфекционные заболевания	- инфекционные заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;
Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих	- инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия);
Массовые неинфекционные заболевания (отравления)	- заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

3. Основные права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Обязательные медицинские осмотры

ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» закрепляет права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц. В статье 8 и 10 перечислены права и обязанности граждан (табл. 3.1).

В статьях 9 и 11 детализированы права и обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

Особо следует остановиться на положениях статьи 34 - Обязательные медицинские осмотры

«1. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры.

2. В случае необходимости на основании предложений органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, решениями органов государственной власти субъектов Российской Федерации или органов местного самоуправления в отдельных организациях (цехах, лабораториях и иных структурных подразделениях) могут вводиться дополнительные показания к проведению медицинских осмотров работников.

Таблица 3.1.

Права и обязанности граждан согласно ФЗ
«О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

Права граждан	Обязанности граждан
- на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека; - получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг; - обращаться в органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в связи с нарушениями требований санитарного законодательства, …; - вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, ….	- выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц; - заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей; - не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

3. Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками.

4. Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

5. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6. Порядок проведения обязательных медицинских осмотров, учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек определяется федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор».

Хотя информация о состоянии здоровья, диагнозе, результатах обследования составляет врачебную тайну, обязательные медицинские осмотры работников — одно из требований охраны труда. Они позволяют обеспечить безопасные условия и охрану труда. Обязанность некоторых категорий работников проходить обязательный медицинский осмотр предусмотрена Трудовым кодексом РФ и другими нормативными правовыми актами.

В Трудовом кодексе РФ (ТК РФ) установлен перечень категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру при заключении трудового договора (т.е. при приеме на работу).

В статье 213 Трудового кодекса выделены две основные категории работников, которые должны проходить обязательные медосмотры:

1. Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, которые связаны с движением транспортных средств.

2. Работники пищевой промышленности, общепита и торговли, лечебно-профилактических и детских учреждений, а также работники водопроводных сооружений.

Стоит упомянуть, что при поступлении на работу медосмотр проходят также работники, не достигшие 18 лет. Помимо предварительного медосмотра работникам придется проходить периодические медосмотры.

11. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н (ред. от 05.12.2014 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Порядок проведения медосмотров утверждён Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н (ред. от 05.12.2014 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Согласно этому приказу медицинский персонал должен проходить медосмотр не реже одного раза в год.

Лицу, поступающему на работу, выдается индивидуальное направление.

В направлении указываются наименование работодателя;

— форма собственности и вид экономической деятельности;

— наименование медицинской организации, адрес ее местонахождения и код по ОГРН;

— вид медосмотра (предварительный или периодический), ФИО и дата рождения лица, поступающего на работу; — наименование структурного подразделения (при наличии), в котором будет занято лицо, поступающее на работу;

— должность (профессия) или вид работы;

— вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительным осмотрам.

Медосмотр обычно проводится в медицинском учреждении, с которым работодатель заключил договор, но можно пройти медосмотр в любой медицинской организации на ваш выбор. Единственное условие – организация должна иметь лицензию на право предоставления медицинских услуг. У районных, городских, поселковых, республиканских поликлиник и больниц лицензия есть. Проверять ее наличие нужно при обращении в частные клиники и консультационные центры.

Для прохождения медосмотра лицо, поступающее на работу, представляет в медицинскую организацию направление; паспорт (другой документ, удостоверяющий личность), паспорт здоровья (при наличии).

Форма документа, который подтверждает прохождение предварительного медосмотра, зависит от категории граждан, направленных на осмотр.

Для несовершеннолетних это справка по форме № 086/у.

Для работников пищевой промышленности, общественного питания, торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических, детских и образовательных учреждений, организаций – заключение о возможности (невозможности) работы в конкретных условиях труда и личная медицинская книжка. В народе эти книжки называют санитарными.

В иных случаях документом, подтверждающим прохождение медосмотра, будет

медицинское заключение о возможности (невозможности) работы в конкретных условиях труда.

Предварительный или периодический осмотр считается завершённым в случае осмотра работника всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объёма лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных Перечнем. По окончании прохождения медицинского осмотра оформляется заключение по его результатам. Заключение составляется в двух экземплярах, подписывается председателем медицинской комиссии с указанием фамилии и инициалов и заверяется печатью медицинской организации, проводившей медицинский осмотр. Один экземпляр заключения выдается лицу, поступающему на работу.

Расходы на прохождение медосмотра несет работодатель. При этом оплачиваются услуги того медицинского учреждения, с которым заключен договор.

В случае отсутствия такого договора лицо, поступающее на работу, может пройти медосмотр за свой счет, а организация обязана возместить ему расходы.

Таким образом, медосмотр позволит работнику узнать о состоянии собственного здоровья, но при этом не заплатить ни копейки. На время прохождения обязательного медосмотра сохраняется средний заработок по месту работы.

Конечно, организация может направлять работников на обследование чаще, чем это предусмотрено законодательством, или оплачивать медосмотры, которые сотрудники прошли по собственному желанию – это никто администрации предприятия не запретит.

Работодатель не имеет право разглашать информацию о состоянии здоровья своего работника, за это предусмотрена административная ответственность.

Некоторые работники считают медосмотры бесполезной тратой времени и наотрез отказываются посещать врачей. В случае непрохождения медицинского осмотра врачом или иным медицинским работником работодатель имеет право отстранить работника от работы и не выплачивать за это время заработную плату (ст. 76 ТК РФ), за исключением случая, когда медосмотр он не смог пройти не по своей вине. В этом случае время оплачивается как простой (в размере 2/3 от оклада).

Если сотрудник не прошел обязательный медицинский осмотр, допускать его к работе нельзя (статья 212 ТК РФ). Зачастую это требование работодателями всерьез не воспринимается, однако за несоблюдение этого правила государственная инспекция труда может оштрафовать должностных лиц организации. Если такое нарушение она обнаружит впервые, то штраф составит от 5 до 50 МРОТ. Если же инспекция труда уже наказывала должностные лица предприятия за непроведение медосмотров, то последствия будут уже более жесткие. Это установлено статьей 5.27 Кодекса РФ об административных правонарушениях РФ, которая предусматривает наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 1000 до 5000 тысяч рублей; на юридических лиц - от 30 000 до 50 000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

С 1 января 2015 г. года устанавливается административная ответственность работодателя и его должностных лиц за допуск работника к исполнению им трудовых обязанностей без прохождения в установленном порядке обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров уже по ч. 3 ст. 5.27.1 КоАП РФ (табл. 3.2), которая предусматривает наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 15 000 до 25 000 тысяч рублей; на юридических лиц - от 110 000 до 130 000 рублей.

Обращаем внимание, что периодический медицинский осмотр является завершенным в случае осмотра работника всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных в Перечне факторов или Перечне работ (п. 30 раздела III Приложения № 3 к приказу Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н).

Непроведение медицинских осмотров работников в случае, если их проведение было необходимо, также образует состав административного правонарушения, предусмотренного ст.6.3 КоАП РФ, за которое предусмотрено наказание в виде предупреждения, административного штрафа

на должностных лиц - от 500 до 1000 рублей; на юридических лиц - от 10 000 до 20 000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Серьезные проблемы у работодателя появятся, если с сотрудником, не прошедшим обязательный медосмотр, случится несчастный случай или тот приобретет профессиональное заболевание.

Таблица 3.2.

Административное правонарушение по части 3 ст. 5.27.1 КоАП РФ «Нарушение государственных нормативных требований охраны труда, содержащихся в федеральных законах и иных нормативных правовых актах Российской Федерации»

Административное правонарушение	Элементы состава	Санкции
Статья 5.27.1 КоАП РФ ….3. Допуск работника к исполнению им трудовых обязанностей без прохождения в установленном порядке обучения и проверки знаний требований охраны труда, а также обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, обязательных медицинских осмотров в начале рабочего дня (смены), обязательных психиатрических освидетельствований или при наличии медицинских противопоказаний	Объект Права и интересов работников и работодателей Объективная сторона Действия или бездействия, направленные на нарушение или невыполнение норм действующего законодательства о труде и об охране труда. Субъект Работодатель (должностное лицо - руководитель организации независимо от организационно-правовой формы и формы собственности), индивидуальный предприниматель, юридическое лицо. Субъективная сторона Прямой умысел или неосторожность.	Наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от пятнадцати тысяч до двадцати пяти тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, - от пятнадцати тысяч до двадцати пяти тысяч рублей; на юридических лиц – от ста десяти тысяч до ста тридцати тысяч рублей.

Таким образом, если в ходе проведения проверки должностными лицами Роспотребнадзора, обнаружится допуск к исполнению трудовых обязанностей работников, которые не прошли обязательных периодических медицинских осмотров, работодатель будет привлечен к административной ответственности в виде наложения штрафа.

Также подлежат административному наказанию лица, ответственные за организацию и проведение производственного контроля в медицинской организации и сами медицинские работники по ст. 6.3 КоАП РФ (табл. 3.3).

В отношении медицинских осмотров детей дошкольного и школьного возраста действует Приказ Минздравмедпрома РФ от 14.03.1995 № 60 «Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» (вместе с «Положением о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения», утв. Приказом Минздрава РФ № 186, Минобразования РФ № 272 от 30.06.1992 г.).

4. Организация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Статьи 37-45 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» посвящены государственному регулированию в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, куда входит: государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;

разработка, утверждение и введение в действие санитарных правил; особенности лицензирования отдельных видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека; санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и токсикологические, гигиенические и иные виды оценок; государственная регистрация веществ и продукции; государственный санитарно-эпидемиологический надзор и социально-гигиенический мониторинг (табл. 4.1).

Таблица 3.3.

Юридическая ответственность работников медицинской организации за нарушение правила обязательности медицинских осмотров

Кто может быть привлечен к ответственности	В чем выражены нарушения действующего законодательства	Ответственность установлена
Руководитель медицинской организации (как должностное или юридическое лицо)	Работник допущен к исполнению трудовых обязанностей без прохождения обязательного периодического медицинского осмотра в установленные сроки, что является нарушением ст. 76 ТК РФ, п. 4 ст. 34 ФЗ от 30.03. 1999 г. № 52-ФЗ	ч. 3 ст. 5.27.1 КоАП РФ
Должностное лицо, назначенное приказом руководителя медицинской организации ответственным за организацию и проведение производственного контроля (в соответствии с п. 1.5 Приложения № 19 СанПиН 2.1.3.2630-10)	Допущено нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а именно: … нарушение п. 2.4. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля …», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 13 июля 2001 г.	ст. 6.3 КоАП РФ
Работник, не прошедший периодический медицинский осмотр в установленные сроки	Допущено нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а именно: не пройден обязательный периодический медицинский осмотр, что является обязанностью работника в соответствии со ст. 34 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и п. 15.1 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58.	ст. 6.3 КоАП РФ

Таблица 4.1.

ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», глава 5

Государственное регулирование в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия	
Ст. 37. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование	1. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование включает в себя: 1) разработку единых требований к проведению научно-исследовательских работ по обоснованию санитарных правил; 2) контроль за проведением научно-исследовательских работ по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию; 3) разработку проектов санитарных правил, экспертизу, публичное обсуждение, утверждение и опубликование санитарных правил, а также внесение изменений в санитарные правила и признание их утратившими силу; 4) контроль за внедрением санитарных правил, изучение и обобщение практики их применения; 5) регистрацию и систематизацию санитарных правил, …
Ст. 38. Разработка санитарных правил	1. Разработка санитарных правил осуществляется федеральным органом исполнительной власти… 2. Разработка санитарных правил должна предусматривать: 1) проведение комплексных исследований по выявлению и оценке воздействия факторов среды обитания на здоровье населения; 2) определение санитарно-эпидемиологических требований предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения; 3) установление критериев безопасности и (или) безвредности, гигиенических и иных нормативов факторов среды обитания; 4) анализ международного опыта …
Ст. 39. Утверждение и введение в действие санитарных правил	1. На территории РФ действуют федеральные санитарные правила, утвержденные федеральным органом исполнительной власти, … 2. Санитарные правила подлежат регистрации и официальному опубликованию… 3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.
Ст. 40. Особенности лицензирования отдельных видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека	1. Отдельные виды деятельности, представляющие потенциальную опасность для человека, подлежат лицензированию… 2. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения … для осуществления следующих видов деятельности: - в области обращения с ядерными материалами и радиоактивными веществами; - по сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, размещению отходов I - IV класса опасности; - образовательная деятельность.
Ст. 41. Обязательное подтверждение соответствия отдельных видов продукции	Отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека, подлежат обязательному подтверждению соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям …

Продолжение табл. 4.1.

Ст. 42. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, испытания и иные виды оценок	1. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований могут проводиться должностными лицами, … а также экспертами и экспертными организациями, …в целях: 1) установления и предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на человека; 2) установления причин и условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и оценки последствий …; 3) установления соответствия (несоответствия) требованиям … закона документов, зданий, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств и других объектов, … 2. На основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, … главными государственными санитарными врачами и (или) их заместителями даются санитарно-эпидемиологические заключения… 3. Порядок проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз… устанавливается федеральным органом исполнительной власти….4. Эксперты и экспертные организации …несут ответственность за их качество и объективность …
Ст. 43. Государственная регистрация веществ и продукции	1. Государственной регистрации подлежат: - впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества …, потенциально опасные для человека; - отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека; - отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию РФ. 2. Государственная регистрация … проводится на основании: - оценки опасности веществ и отдельных видов продукции для человека и среды обитания; - установления гигиенических и иных нормативов содержания веществ, отдельных компонентов продукции в среде обитания; разработки защитных мер… 3. Оценка опасности веществ …, установление гигиенических и иных нормативов…, разработка защитных мер осуществляются организациями, аккредитованными в установленном порядке…
Ст. 44. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор	1. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя: 1) организацию и проведение проверок выполнения … требований санитарного законодательства…; 2) организацию и проведение проверок …; 3) организацию и проведение … санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу РФ; 4) применение … мер по пресечению выявленных нарушений … и привлечение к ответственности лиц, совершивших такие нарушения; 5) выдачу предписаний о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; 6) систематическое наблюдение за исполнением требований санитарного законодательства…; 7) федеральное статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения …; 8) проведение ежегодных анализа и оценки эффективности федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; 9) подготовку …, ежегодных государственных докладов …
Ст. 45. Социально-гигиенический мониторинг	1. Для оценки, выявления изменений и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, установления и устранения вредного воздействия на человека факторов среды обитания осуществляется социально-гигиенический мониторинг. 2. Социально-гигиенический мониторинг проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор….

Статьи 46-47 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» посвящены организации федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора. До 2004 г. существовала государственная санитарно-эпидемиологическая служба, а центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора (бывшие санэпидстанции) были подчинены Комитету государственного санэпиднадзора Российской Федерации в структуре Министерства здравоохранения и социального развития России.

В 2004 г. организована федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, которая находится в непосредственном ведении Правительства России. Федеральная служба является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Правовые основы деятельности Федеральной службы установлены федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О защите прав потребителей», другими нормативными правовыми актами РФ.

Федеральная служба осуществляет свою деятельность согласно Постановлению Правительства РФ от 6 апреля 2004 г. № 154 (ред. от 21.05.2013 г.) «Вопросы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» и на основании Положения, утверждённого Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 322 (с изменениями на 24 января 2017 г. года) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

В структуре Роспотребнадзора находится Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения (ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора) «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» с территориальными учреждениями по субъектам РФ. Также в структуре Роспотребнадзора находятся Научно-исследовательские институты: ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора; ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора и др., а также санитарно-эпидемиологические службы министерств и ведомств: санитарно-эпидемиологическая служба Министерства обороны; Министерства внутренних дел; Федеральной службы безопасности; Федеральной службы охраны; Управления делами Президента; Главного управления специальных программ Президента; Федеральной службы исполнения наказаний; Федерального медико-биологического агентства.

В настоящее время Роспотребнадзору передана часть функций Министерства здравоохранения, Министерства экономического развития и торговли и Министерства по антимонопольной политике.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей в детских образовательных учреждениях и школах в основном обеспечивается требованиями СанПиНов (Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы). К ним относятся: СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (с изменениями на 27 августа 2015 г. года); СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» (с изм. и доп. от 24.11.2015 г.) и др.

С начала 2016 г. года в СанПиН для школ было внесено 29 изменений. Изменения затронули требования к помещениям и оборудованию школ, к школьному общепиту и образовательному процессу. Так, по новым требованиям в школьной столовой должен быть свободный доступ к водоснабжению; питьевая вода и продукты питания должны проходить контроль качества; работники столовой дважды в год должны проходить медицинский осмотр и т.д.

Раньше в нормах имелось указание на предельное количество детей, обучающихся в классе. После внесения поправок, количество учащихся определяется из учета расчетов норм площади на одного ученика. В требования включается соблюдение норм, относящихся к правильному освещению, необходимому для сохранения нормального здорового зрения детей, расположению предметом мебели.

Изменился объем нагрузки для учащихся. В документе устанавливается количество уроков для каждого класса и их продолжительность. Чем старше классы, тем число уроков возрастает. К 11 классу их должно быть не более 7-8 в день. Например, ученики первого класса должны заниматься по 4 урока в день. В качестве пятого может добавляться урок физической подготовки. Отдельные требования установлены для учеников первого класса: Учебный период с января по май должен распределяться по 4 урока в день. Длительность занятий не более 40 минут. Нововведения устанавливают возможность организации дополнительных каникул для учащихся первых классов. В этом случае не будет иметь значение время предоставления каникул, так как допускается их предоставление в любой четверти.

В школах допускается проводить присмотр за детьми, остающимися после основных уроков на дополнительные занятия. Для этого должны создаваться условия полноценного режима дня для детей, поступивших на обучение в первый класс.

Отдельные требования были установлены для использования компьютерных и цифровых приборов. В нормативах и правилах указывается допустимое количество часов, которые дети могут проводить за работой с ними. Сотрудники, осуществляющие работу по воспитанию и обучению детей, обязаны два раза в год проходить переподготовку и аттестацию. Любая школа должна выступать в качестве безопасного и продуктивного учреждения, дающего обучающимся нормальные и полноценные знания, а также сохранение и укрепление здоровья.

Нормы СанПиН для школы в 2017 г. году должны изучить не только руководители и педагоги школ, но и родители. Ведь несоблюдение таких норм может повлечь проблемы со здоровьем ребенка во время занятий в образовательных учреждениях. Стоит также обратить внимание на то, что правильно питаться и сидеть ребенок должен не только в школе, но и дома на выходных.

5. Обязанности и ответственность должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Согласно статье 49 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», должностными лицами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, являются главные государственные санитарные врачи и их заместители, руководители структурных подразделений и их заместители, специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Право занимать эти должности имеют граждане РФ, получившие высшее медицинское образование и имеющие сертификаты по специальности «медико-профилактическое дело».

Воздействие на должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в какой-либо форме с целью повлиять на принимаемые ими решения или воспрепятствование в какой-либо форме их деятельности не допускается и влечет за собой установленную законодательством Российской Федерации ответственность.

Должностные лица находятся под особой защитой государства, имеют право на ношение форменной одежды установленного образца.

Права должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, представлены в таблице 5.1.

При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, имеют право давать гражданам и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения ими в установленные сроки:

- об устранении выявленных нарушений санитарно-эпидемиологических требований;
- о прекращении реализации не соответствующей санитарно-эпидемиологическим требованиям продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;
- о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- о проведении лабораторного обследования граждан, контактировавших с больными инфекционными заболеваниями, и медицинского наблюдения за такими гражданами;

– о выполнении работ по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также на территориях и в помещениях, где имеются и сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

Таблица 5.1.

Права должностных лиц,
осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Должностные лица имеют право:	- получать документированную информацию по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
	- проводить санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок;
	- беспрепятственно посещать и обследовать территории, здания, строения, сооружения, помещения, оборудование и другие объекты в целях проверки соблюдения санитарного законодательства и выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
	- посещать с согласия граждан их жилые помещения в целях обследования их жилищных условий;
	- проводить отбор для исследований проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;
	- проводить досмотр транспортных средств и перевозимых ими грузов, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов, в целях установления соответствия транспортных средств и перевозимых ими грузов санитарным правилам;
	- проводить отбор для исследований проб воздуха, воды и почвы;
	- проводить измерения факторов среды обитания в целях установления соответствия таких факторов санитарным правилам; составлять протокол о нарушении санитарного законодательства.

Статья 51 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определяет полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей (табл. 5.2).

В подпункте 6 данной статьи изложено право главных государственных санитарных врачей и их заместителей при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированные постановления о:

«госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания; проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; временном отстранении от работы лиц, которые являются носителями возбудителей инфекционных заболеваний и могут являться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями выполняемых ими работ или производства; проведении профилактических прививок гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям; введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в организациях и на объектах.

За нарушение санитарного законодательства выносить мотивированные постановления о:

- наложении административных взысканий в виде предупреждений или штрафов;
- направлении в правоохранительные органы материалов о нарушении санитарного законодательства для решения вопросов о возбуждении уголовных дел».

Кроме того, пункт 2 данной статьи наделяет главных государственных санитарных врачей дополнительными полномочиями:

– «выдавать санитарно-эпидемиологические заключения …; принимать постановления, издавать распоряжения и указания, утверждать методические, инструктивные и другие документы…;

– вносить в Правительство Российской Федерации предложения о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) на территории Российской Федерации…».

Таблица 5.2.

Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей

Главные государственные санитарные врачи и их заместители наделяются следующими полномочиями:	1) рассматривать материалы и дела о нарушениях санитарного законодательства;
	2) предъявлять иски в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства;
	3) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам санитарно-эпидемиологические заключения, предусмотренные статьей 42 настоящего Федерального закона;
	4) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения в установленные предписаниями сроки…;
	5) при выявлении нарушения санитарного законодательства, которое создает угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), принимать в установленном законом порядке меры по приостановлению:
	- проектирования, строительства, реконструкции, технического перевооружения объектов и ввода их в эксплуатацию;
	- эксплуатации объектов…, выполнения отдельных видов работ и оказания услуг;
	- разработки, производства, реализации и применения (использования) продукции;
	- производства, хранения, транспортировки и реализации продовольствия…;
	- использования водных объектов…;
	- ввоза … продукции, не соответствующей санитарно-эпидемиологическим требованиям.
	6) при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированные постановления о: – госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания; – проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; – временном отстранении от работы лиц, которые являются носителями возбудителей инфекционных заболеваний и могут являться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями выполняемых ими работ или производства; – проведении профилактических прививок гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям; – введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в организациях и на объектах;
	7) за нарушение санитарного законодательства выносить мотивированные постановления о: – наложении административных взысканий в виде предупреждений или штрафов; – направлении в правоохранительные органы материалов о нарушении санитарного законодательства для решения вопросов о возбуждении уголовных дел.

Обязанности должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, согласно статье 52, представлены в таблице 5.3.

Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, за ненадлежащее исполнение своих служебных обязанностей, а также за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, несут ответственность в порядке, установленном законодательством РФ.

Таблица 5.3.

Обязанности должностных лиц,
осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обязаны:	- своевременно и в полной мере исполнять ….. полномочия на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушения санитарного законодательства, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
	- устанавливать причины и выявлять условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);
	- рассматривать обращения граждан и юридических лиц по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и принимать соответствующие меры;
	- информировать органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
	- осуществлять свою деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения во взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и общественными объединениями;
	- соблюдать государственную, врачебную и иную охраняемую законом тайну в отношении информации, ставшей им известной при выполнении своих служебных обязанностей;…».

6. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил

Правонарушения, посягающие на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в Кодексе об административных правонарушениях изложены в главе 6. К ним относятся:

Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Статья 6.4. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта.

Статья 6.5. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде, а также к питьевому и хозяйственно-бытовому водоснабжению.

Статья 6.6. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других местах), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению.

Административное наказание за перечисленные правонарушения заключается в наложении административного штрафа различного размера или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Статья 6.7.1. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения, к техническим, в том числе аудиовизуальным, и иным средствам воспитания и обучения, к учебной мебели, а также к учебникам и иной издательской продукции - влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от трех тысяч до семи тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до семидесяти тысяч рублей.

2. Повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 1 настоящей статьи, - влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере

от десяти тысяч до пятнадцати тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

В уголовном законодательстве «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил» как преступление предусмотрено ст. 236 УК РФ.

1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, - наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, - наказывается обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до двух лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок».

Нарушение указанных правил может быть совершено как путем активных действий, например, выпуск продовольственных товаров, содержащих возбудителей инфекционных заболеваний, продажа таких товаров, торговля с рук продуктами домашней выработки без соответствующего разрешения, плохое мытье посуды в предприятиях общественного питания, так и путем бездействия. Уголовно наказуемым бездействием будет, например, уклонение от карантинных мероприятий, от уничтожения зараженных продуктов и т. п.

Для привлечения к ответственности по данной статье в каждом случае надо устанавливать, какие именно санитарные правила были нарушены.

Ответственность по ст.236 может наступить только тогда, когда в результате нарушения санитарных правил возникло массовое заболевание или массовое отравление людей.

К массовым относятся как инфекционные заболевания, т.е. вызываемые определенными микробами или вирусами, так и неинфекционные, вызываемые другими причинами. Массовое отравление может быть пищевым, вызванным недоброкачественными продуктами, а также иного происхождения, например, химическим.

При этом должна устанавливаться причинная связь между нарушением конкретных санитарных правил и массовым заболеванием либо отравлением людей.

При оценке заболевания как массового должен, в частности, учитываться характер инфекции, если заболевание является инфекционным, — ее способность к массовому распространению, опасность не только для заболевшего, но и для других лиц вследствие контакта с последним либо из-за несоблюдения гигиенических или противоэпидемических правил и т.д.

Субъективная сторона данного преступления характеризуется неосторожной виной по отношению к указанным в ч. 1 и ч. 2 последствиям. При наличии умысла по отношению к последствиям вопрос может стоять об ответственности за соответствующие преступления против жизни и здоровья, а при доказанности цели подрыва экономической безопасности и обороноспособности РФ — даже о диверсии.

Субъектом могут быть как граждане с 16-летнего возраста, нарушившие правила общего характера, так и работники, и должностные лица, ответственные за соблюдение соответствующих санитарных правил. Для должностных лиц возможно наступление ответственности по ст.236 и соответствующей статье, предусматривающей ответственность за преступление по службе.

В статье 237 УК РФ запрещается «Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей»

«1. Сокрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды, совершенные лицом, обязанным обеспечивать население и органы, уполномоченные на принятие мер по устранению такой опасности, указанной информацией,

- наказываются штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода, осужденного за период до двух лет, либо принудительными работами на

срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. Те же деяния, если они совершены лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления либо если в результате таких деяний причинен вред здоровью человека или наступили иные тяжкие последствия, - наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

Объект преступления по данной статье - здоровье населения и право граждан на достоверную информацию, касающуюся жизни и здоровья. Обладание такой информацией позволяет в той или иной степени полностью или частично нейтрализовать угрозу для населения.

Предмет преступления - информация о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды. Под событием в смысле ст. 237 УК следует понимать разного рода необычные, представляющие особую значимость факты общественной жизни, например начало военных действий в общественно значимых масштабах. Явление - это масштабное, опасное для жизни и здоровья населения изменение в окружающей среде, например землетрясение, наводнение, а также результат тех или иных действий, в результате которых наступили опасные последствия, например повреждение очистных сооружений, железнодорожная катастрофа, в результате которой произошли утечка ядохимикатов, разрушение ядерного реактора. Такая информация не может быть отнесена к категории сведений, составляющих государственную или коммерческую тайну, и должна незамедлительно доводиться через средства массовой информации или иным способом до сведения граждан и органов, уполномоченных на принятие мер по устранению такой опасности.

Объективная сторона преступления включает в себя действия или бездействие, состоящие в сокрытии или искажении информации. Сокрытие информации - это недоведение информации либо несвоевременное доведение до сведения лиц и организаций, имеющих право на ее получение либо нуждающихся в ее получении с целью воздействия на события, факты, явления, создающие опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды. Искажение информации - это сообщение неполных или недостоверных данных относительно фактов, событий и явлений, создающих опасность для жизни и здоровья людей или окружающей среды. Преступление считается оконченным в момент сокрытия или искажения информации об угрозе жизни или здоровью людей либо для окружающей среды.

Субъектом преступления (ч. 1 ст. 237 УК) может быть только лицо, достигшее 16-летнего возраста, обязанное по своему служебному положению обеспечивать население и соответствующие органы информацией об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей либо для окружающей среды.

Субъективная сторона преступления (ч. 1 ст. 237 УК) характеризуется виной в форме прямого умысла. Виновный осознает, что преднамеренно скрывает или искажает информацию о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни и здоровья людей либо для окружающей среды, и желает этого.

Квалифицирующими признаками преступления (ч. 2 ст. 237 УК) являются: совершение преступления лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления; причинение вреда здоровью (от легкого до тяжкого); наступление иных тяжких последствий (крупномасштабное загрязнение атмосферы, рек, озер, морей, значительный

материальный ущерб и т. п.). Вина по отношению к последствиям, указанным в ч. 2 ст. 237 УК, может выражаться только в форме неосторожности.

Контрольные вопросы:

1. Проанализируйте вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия населения, отраженные в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Дайте характеристику статьи 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
3. Дайте характеристику статьи 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» Закона об охране здоровья.
4. Дайте характеристику статьи 49 «Медицинские отходы» Закона об охране здоровья.
5. Назовите общий объект и конкретные объекты охраны закона ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
6. Перечислите субъектов ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
7. Дайте определение понятию «среда обитания человека», «факторы среды обитания».
8. Дайте определение понятию «вредное воздействие на человека».
9. Дайте определение понятию «благоприятные условия жизнедеятельности человека», «безопасные условия для человека».
10. Дайте определение понятию «санитарно-эпидемиологическая обстановка», «гигиенический норматив».
11. Дайте определение понятию «государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы».
12. Дайте определение понятию «социально-гигиенический мониторинг».
13. Дайте определение понятию «государственный санитарно-эпидемиологический надзор».
14. Дайте определение понятию «санитарно-эпидемиологическое заключение».
15. Дайте определение понятию «санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия».
16. Дайте определение понятию «ограничительные мероприятия (карантин)», «инфекционные заболевания».
17. Дайте определение понятию «инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих», «массовые неинфекционные заболевания (отравления)».
18. Какими средствами обеспечивается санитарно-эпидемиологическое благополучие (ст. 2 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).
19. Охарактеризуйте статью 5 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Полномочия Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
20. Охарактеризуйте статью 6 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Полномочия субъектов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
21. Перечислите права граждан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 8 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).
22. Охарактеризуйте статью 9 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Права индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
23. Охарактеризуйте статью 10 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Обязанности граждан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
24. Охарактеризуйте статью 11 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

25. Перечислите, на какие объекты распространяются санитарно-эпидемиологические требования обеспечения безопасности среды обитания для здоровья человека (ст. ст. 12-28 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

26. Охарактеризуйте статью 29 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

27. Охарактеризуйте статью 30 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Санитарная охрана территории Российской Федерации».

28. Охарактеризуйте статью 31 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Ограничительные мероприятия (карантин)».

29. Охарактеризуйте статью 33 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Меры в отношении больных инфекционными заболеваниями».

30. Охарактеризуйте статью 34 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - Обязательные медицинские осмотры и статью 35 – «Профилактические прививки».

31. Охарактеризуйте статью 36 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Гигиеническое воспитание и обучение».

32. Охарактеризуйте статью 44 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Государственный санитарно-эпидемиологический надзор».

33. Назовите права и обязанности должностных лиц, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

34. Охарактеризуйте административную ответственность за правонарушения, посягающие на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

35. Приведите положения статей 236 и 237 Уголовного кодекса РФ, относящиеся к преступлениям, связанным с санитарно-эпидемиологическим благополучием населения.

ТЕМА: ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Цель: рассмотреть медико–правовые вопросы сохранения здоровья и профилактики заболеваний в современном обществе.

План:

1. Анализ статей ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», посвященных профилактике заболеваний.
2. ФЗ от 17.09.1998 № 157–ФЗ (ред. от 31.12.2014 г., с изм. от 19.12.2016 г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» – основные понятия. Государственная политика в области иммунопрофилактики.
3. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
4. Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.
5. Требования к проведению профилактических прививок и требования к медицинским иммунобиологическим препаратам.
6. Социальная поддержка граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (ред. от 03.07.2016 г.).
2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157–ФЗ (ред. от 31.12.2014 г., с изм. от 19.12.2016 г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
3. Воробьёва, Л. В. Медицинское право: краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014 г. - 171 с. (С. 134-139).
4. Правовые основы деятельности врача. Учебное пособие. Часть 1. [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2016 г. – С. 109-138.

Дополнительная

1. Приказ МЗиСР РФ от 31.01.2011 г. № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
2. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. №825.
3. Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 2 августа 1999 г. № 885.
4. Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно–эпидемиологические правила СП 3.3.2342–08 (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 03 марта 2008 г., №15.
5. Методические указания МУ 3.3. 1879-04. Расследование поствакцинальных осложнений. (утв. Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004. Текст документа по состоянию на июль 2011 г. года).

1. Анализ статей ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», посвященных профилактике заболеваний

В статье 1 Закона об охране здоровья понятие «профилактика» характеризуется как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Анализ данного понятия позволяет выделить составляющие профилактики:

1) формирование здорового образа жизни,

2) предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний,

3) раннее выявление заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития,

4) устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Приоритет профилактики выделен в качестве одного из основных принципов охраны здоровья (ст. 4 Закона об охране здоровья).

В статье 12 Закона об охране здоровья определены пути обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья (табл. 1.1).

Таблица 1.1.

Статья 12 Закона об охране здоровья «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья»

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:	
Пути обеспечения	1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ;
	2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
	3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
	4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
	5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Немногочисленные обязанности граждан в сфере охраны здоровья (ст. 27 Закона об охране здоровья), кроме того, что граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, включают обязанность проходить медицинские осмотры, а для граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, - обязанность проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний, но только в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

В главе 5 Закона об охране здоровья - «Организация охраны здоровья» статья 30 посвящена профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни (табл. 1.2).

Анализ положений статьи 30 показывает, что законодатель разделяет профилактику на две категории – инфекционных и неинфекционных болезней. Оба вида профилактики должны осуществляться путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, но если иммунопрофилактика осуществляется в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то для неинфекционных заболеваний таких гарантий не предусмотрено.

К рассматриваемой теме относятся и положения статьи 43 Закона об охране здоровья - Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Таблица 1.2.

Статья 30 Закона об охране здоровья
«Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни»

Профилактика	Кем осуществляется	Каким путем
Инфекционных заболеваний	- органами государственной власти, - органами местного самоуправления, - работодателями, - медицинскими организациями, - общественными объединениями	- разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям
Неинфекционных заболеваний	- органами государственной власти, - органами местного самоуправления, - работодателями, - медицинскими организациями, - образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, - общественными объединениями	- разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни
Формирование здорового образа жизни	- проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом	

В этой статье указано, что перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством РФ исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

Уточнение этих положений требует обращения к Федеральному Закону «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» - основные понятия. Государственная политика в области иммунопрофилактики

Принятие Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее – ФЗ «Об иммунопрофилактике…») 17.09.1998 г. №157-ФЗ (ред. от 19.12.2016 г.) послужило основой для формирования нормативной базы вакцинации населения, в которой система государственных гарантий и контроль за проведением профилактических мероприятий занимают ведущее место. Закон впервые установил в нашей стране правовые основы в области иммунопрофилактики инфекций, которая осуществляется в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия граждан.

Основные понятия, применяемые в законе, представлены в таблице 2.1.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

Гарантии государства распространяются на многие аспекты иммунопрофилактики (табл. 2.2).

Таблица 2.1.

Основные понятия, применяемые в ФЗ «Об иммунопрофилактике…»

Перечень	Понятия
Иммунопрофилактика инфекционных болезней	система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок
Профилактические прививки	введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням
Медицинские иммунобиологические препараты	вакцины, анатоксины, иммуноглобулины и прочие лекарственные средства, предназначенные для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням
Национальный календарь профилактических прививок	нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок
Поствакцинальные осложнения	тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок
Сертификат профилактических прививок	документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина

Таблица 2.2.

Государственная политика в области иммунопрофилактики

Статья 4 ФЗ «Об иммунопрофилактике…»	
В области иммунопрофилактики государство гарантирует	1) доступность для граждан профилактических прививок;
	2) бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
	3) социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
	4) разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ;
	5) использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов;
	6) государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов;
	7) поддержку научных исследований в области разработки новых медицинских иммунобиологических препаратов;
	8) обеспечение современного уровня производства медицинских иммунобиологических препаратов;
	9) государственную поддержку отечественных производителей медицинских иммунобиологических препаратов;
	10) включение в федеральные государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики;
	11) совершенствование системы статистического наблюдения;
	12) обеспечение единой государственной информационной политики;
	13) развитие международного сотрудничества

3. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики

В статье 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» перечислены права и обязанности граждан (табл. 3.1).

Таблица 3.1.

Права и обязанности граждан
при осуществлении иммунопрофилактики.

Статья 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике…»	
Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:	1) получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
	2) выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;
	3) бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
	4) медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;
	5) социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
	6) отказ от профилактических прививок
При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:	
- выполнять предписания медицинских работников	
- в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок	

В части 1 статьи 5 приведены права граждан при осуществлении иммунопрофилактики. Акцент сделан на праве получить от медицинских работников полную информацию о проводимых прививках. Медицинский работник (медсестра, фельдшер, врач) обязаны в доступной форме объяснить родителям или гражданам необходимость той или иной прививки. Также медицинские работники обязаны заранее проинформировать о сроках конкретных вакцинаций, против какой инфекции проводится прививка, чем опасно заболевание для не привитых, о необходимости наблюдения за ребенком после прививки и обращения к врачу в случаях нарушения самочувствия ребенка. Родители также должны знать о редком, но возможном побочном действии вакцин - поствакцинальных осложнениях.

В законе определено, что вакцинация является добровольной, т. е. прививки проводят только с согласия родителей ребенка или его законных представителей. Отказ должен быть подтвержден письменно. Никаких ограничений на посещение не привитым ребенком детских учреждений вне эпидемической ситуации по соответствующей инфекции не установлено. В этом же законе предусмотрено право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.

Документом, регламентирующим порядок вакцинации, является приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Для правильной оценки противопоказаний к прививке необходимо знать классификацию вакцинных препаратов, их состав и оказываемое на организм влияние. Как известно, вакцины можно условно разделить на две группы - живые и инактивированные (неживые), которые существенно различаются по своим характеристикам.

Живые вакцины (полиомиелитная, коревая, паротитная, ветряночная и др.) содержат авирулентные, аттенуированные или близкородственные не патогенные для человека штаммы микроорганизмов (вакцина против туберкулеза). Живые вакцины термолабильны (при нагревании, при комнатной температуре в течение 30 и более минут теряют свою иммуногенность), не включают адъювантов, содержат незначительное количество антибиотиков (аминогликозидного ряда), белков той среды, на которой выращивался микроорганизм (в качестве сред используют эмбрионы японских перепелок, куриные эмбрионы, диплоидные клетки человека), в ряде случаев - остаточное количество альбумина и желатина.

Микроорганизмы живых вакцин индуцируют специфический клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет. Гуморальный иммунитет (Th2 тип иммунных реакций) связан с образованием антител: антибактериальных, вируснейтрализующих или участвующих в реакции комплемент-зависимой цитотоксичности.

Секреторные специфические антитела создают первый барьер защиты от инфекций за счет предотвращения адгезии микроорганизма на слизистых. Клеточный иммунитет (ТМ тип), наиболее важный для защиты против вирусных возбудителей, связан с формированием специфических цитотоксических клеток, способных распознавать клетки, зараженные соответствующим вирусом, и элиминировать их. Аттенуированные антигены живых вакцин размножаются в организме привитого, воспроизводят в ослабленном виде инфекционный процесс и способны вызывать вакциноассоциированные заболевания при реверсии штамма или при дефектах иммунитета у прививаемого. Поэтому живые вакцины противопоказаны лицам с тяжелыми иммунодефицитными состояниями.

Группа неживых вакцин разнообразна:

- инактивированные цельноклеточные (коклюшная) и цельновирионные (инактивированная полиомиелитная, против клещевого энцефалита, гепатита А и др.);
- химические бесклеточные (коклюшная ацеллюлярная) и полисахаридные (менингококковая, пневмококковая);
- рекомбинантные (против гепатита В, вируса папилломы человека и др.);
- анатоксины (дифтерийный, столбнячный и т. п.).

Несмотря на различия в методах получения, реактогенности, иммуногенности, их объединяет отсутствие живого микроорганизма. Как правило, эти вакцины содержат стабилизаторы и адъювант, оказывающий иммуностимулирующий эффект на специфическое антителообразование. Общим свойством неживых вакцин является снижение иммуногенности и увеличение реактогенности при замораживании.

Введение неживых вакцин рассчитано преимущественно на формирование специфических антител (стимуляцию гуморального Th2 типа иммунного ответа). Они стимулируют образование менее напряженного и длительного специфического иммунного ответа, чем живые вакцины, поэтому требуют повторных введений. Важным свойством неживых вакцин является отсутствие вакциноассоциированных заболеваний и возможность применения у пациентов в любых иммунодефицитных состояниях. Абсолютно ареактогенных вакцин нет, все вакцинальные процессы имеют общие закономерности, зависящие не только от свойств вакцин, но и от конституциональных, генетических особенностей организма, в частности системы HLA. Достаточно часто в поствакцинальном периоде случайно присоединяются интеркуррентные инфекции, что нередко ошибочно трактуется как поствакцинальное осложнение на прививку.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти. Этот перечень утвержден Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. №825 (ред. от 24.12.2014 г.). К ним относятся:

«Сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные и другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные работы на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы в организациях по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по убою скота, больного инфекциями, общими для человека и животных, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов.

Работы, связанные с уходом за животными и обслуживанием животноводческих объектов в животноводческих хозяйствах, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по отлову и содержанию безнадзорных животных.

Работы по обслуживанию канализационных сооружений, оборудования и сетей.

Работы с больными инфекционными заболеваниями.

Работы с живыми культурами возбудителей инфекционных заболеваний.

Работы с кровью и биологическими жидкостями человека.

Работы во всех типах и видах образовательных учреждений».

В части 2 ст. 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» перечислены последствия отсутствия профилактических прививок (табл. 3.2).

Таблица 3.2.

Последствия отсутствия профилактических прививок.

Статья 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике…», часть 2	
Отсутствие профилактических прививок влечёт	− запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых… требует конкретных профилактических прививок;
	− временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения…
	− отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

4. Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

В статье 9 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» перечислены заболевания, профилактика которых предусмотрена Национальным календарем профилактических прививок.

Национальный календарь профилактических прививок включает в себя профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции и гриппа. Национальный календарь профилактических прививок, сроки их проведения и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, утверждаются федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

В настоящее время действует Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (табл. 4.1), а с 1 января 2014 г. года в Национальный календарь прививок добавлена прививка против пневмококковой инфекции.

В примечании к данному приказу уточняются правила иммунизации:

«1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласно инструкциям по применению.

2. При нарушении сроков иммунизации ее проводят по предусмотренным национальным

календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению препаратов. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

Таблица 4.1.

Национальный календарь профилактических прививок

Категории и возраст граждан	Наименование прививки	Порядок проведения профилактических прививок
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин новорожденным, в том числе из групп риска: родившиеся от матерей - носителей HBsAg; больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности; не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В; наркозависимых, в семьях, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее - группы риска)
Новорожденные на 3 - 7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза	Проводится новорожденным вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации) в соответствии с инструкциями по их применению. В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом - вакциной для профилактики туберкулеза
Дети в 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, в том числе из групп риска
Дети в 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска
Дети в 3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, относящимся к группам риска:
		- с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания Hib-инфекцией
		- с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию
		- ВИЧ-инфицированным или рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей;
		- находящимся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения)

Продолжение табл. 4.1.

		Примечание: Курс вакцинации против гемофильной инфекции для детей в возрасте от 3 до 6 месяцев состоит из 3 инъекций по 0,5 мл с интервалом 1 - 1,5 месяца. Для детей, не получивших первую вакцинацию в 3 месяца, иммунизация проводится по следующей схеме: для детей в возрасте от 6 до 12 месяцев - 2 инъекции по 0,5 мл с интервалом в 1 - 1,5 месяца, для детей от 1 года до 5 лет - однократная инъекция 0,5 мл
	Первая вакцинация против полиомиелита	Проводится вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 4,5 месяцев	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца
	Вторая вакцинация против полиомиелита	Проводится вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 6 месяцев	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, не относящимся к группам риска, получившим первую и вторую вакцинацию в 0 и 1 месяц соответственно
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно
	Третья вакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями. Дети, находящиеся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения), по показаниям вакцинируются трехкратно вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными)

Продолжение табл. 4.1.

Дети в 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпид. паротита	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В		Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска
Дети в 18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
	Первая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против гемофильной инфекции	Ревакцинацию проводят однократно детям, привитым на первом году жизни в соответствии с инструкциями по применению вакцин
Дети в 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпид. паротита	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим вакцинацию против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети в 6 - 7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы
Дети в 7 лет	Ревакцинация против туберкулеза	Проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы
	Третья ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против туберкулеза	Проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению
		В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет

Продолжение табл. 4.1.

Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов взрослым от 18 лет каждые 10 лет с момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям и взрослым данных возрастных групп по схеме 0-1-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 3 доза – через 6 месяцев от начала иммунизации)
Дети от 1 года до 18 лет, девушки от 18 до 25 лет	Иммунизация против краснухи	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям от 1 года до 18 лет, не болевшим, не привитым, привитым однократно против краснухи, и девушкам от 18 до 25 лет, не болевшим, не привитым ранее
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1 - 11 классов; студенты высших профессиональных и средних профессиональных учебных заведений; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); взрослые старше 60 лет	Вакцинация против гриппа	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин ежегодно данным категориям граждан
Дети в возрасте 15 - 17 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет	Иммунизация против кори	Иммунизация против кори детям в возрасте 15 - 17 лет включительно и взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее, проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин двукратно с интервалом не менее 3-х месяцев между прививками
Лица, привитые ранее однократно, подлежат проведению однократной иммунизации с интервалом не менее 3-х месяцев между прививками		

3. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов. При иммунизации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

4. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией… вакцинация против туберкулеза не проводится.

5. Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, иммунизация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной независимо от их ВИЧ-статуса.

6. Иммунизация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится ВИЧ-инфицированным детям с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие или умеренный иммунодефицит).

7. При исключении диагноза «ВИЧ-инфекция» детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проводят иммунизацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

8. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. ВИЧ-инфицированным детям указанные препараты вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

9. При проведении иммунизации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста и учащихся 1 - 11 классов школ используются вакцины без ртутьсодержащих консервантов».

В статье 10 3 «Об иммунопрофилактике…» регламентируются профилактические прививки по эпидемическим показаниям.

Перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям, согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», приведен в таблице 4.2.

Таблица 4.2.

Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показаниям, и порядок их проведения	Сроки проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям
Против туляремии	Население, проживающее на энзоотичных по туляремии территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против чумы	Население, проживающее на энзоотичных по чуме территориях. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против бруцеллеза	В очагах козье-овечьего типа лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; - по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов. Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Продолжение табл. 4.2.

Против сибирской язвы	Лица, выполняющие следующие работы: - зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убоем, снятием шкур и разделкой туш; - сбор, хранение, транспортировка и первичная переработка сырья животного происхождения; - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотичных по сибирской язве территориях. Работники лабораторий, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против бешенства	С профилактической целью иммунизируют лиц, имеющих высокий риск заражения бешенством: - работники лабораторий, работающие с уличным вирусом бешенства; - ветеринарные работники; - егеря, охотники, лесники; - лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против лептоспироза	Лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотичных по лептоспирозу территориях; - по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных; - по отлову и содержанию безнадзорных животных. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против клещевого вирусного энцефалита	Население, проживающее на энзоотичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита. Лица, посещающие энзоотичные по клещевому энцефалиту территории с целью отдыха, туризма, работы на дачных и садовых участках	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Продолжение табл. 4.2.

Против лихорадки Ку	Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания лихорадкой Ку скота. Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотичных территориях по лихорадке Ку. Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против желтой лихорадки	Лица, выезжающие за рубеж в энзоотичные по желтой лихорадке районы. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против холеры	Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны. Граждане Российской Федерации в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории РФ	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против брюшного тифа	Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также предприятий по санитарной очистке населенных мест - сбор, транспортировка и утилизация бытовых отходов). Лица, работающие с живыми культурами возбудителей брюшного тифа. Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа. Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу регионы и страны. Контактные в очагах брюшного тифа по эпидпоказаниям. По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения.	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против вирусного гепатита А	Лица, подверженные профессиональному риску заражения (врачи, персонал по уходу за больными, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, в организациях общественного питания, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети). Лица, выезжающие в неблагополучные регионы и страны, где регистрируется вспышечная заболеваемость. Контактные в очагах гепатита А.	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Продолжение табл. 4.2.

<table>
<tr><td>Против шигеллезов</td><td colspan="3">Работники инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий.
Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства.
Дети, посещающие детские учреждения и отъезжающие в оздоровительные лагеря (по показаниям).
По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения.
Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами</td><td>В соответствии с инструкциями по применению вакцин</td></tr>
<tr><td>Против менингококковой инфекции</td><td colspan="3">Дети, подростки, взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С.
Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С</td><td>В соответствии с инструкциями по применению вакцин</td></tr>
<tr><td>Против кори</td><td colspan="3">Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, однократно привитые без ограничения возраста</td><td>В соответствии с инструкциями</td></tr>
<tr><td>Против гепатита В</td><td colspan="3">Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против гепатита В</td><td>В соответствии с инструкциями</td></tr>
<tr><td>Против дифтерии</td><td colspan="3">Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против дифтерии</td><td>В соответствии с инструкциями</td></tr>
<tr><td>Против эпидемического паротита</td><td colspan="3">Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против эпидемического паротита</td><td>В соответствии с инструкциями</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Против полиомиелита</td><td colspan="4">Прививкам подлежат контактные в очагах полиомиелита, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание):</td></tr>
<tr><td colspan="2">- дети с 3 месяцев до 18 лет</td><td colspan="2">Однократно</td></tr>
<tr><td colspan="2">- медработники</td><td colspan="2">Однократно</td></tr>
<tr><td colspan="2">- дети, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев до 15 лет</td><td colspan="2">Однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 месяцев до 15 лет</td><td colspan="2">Однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев жизни без ограничения возраста</td><td>Однократно</td></tr>
</table>

Продолжение табл. 4.2.

	Лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита без ограничения возраста	Однократно при приеме на работу
	Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится оральной полиомиелитной вакциной. Показаниями для проведения иммунизации детей оральной полиомиелитной вакциной по эпидемическим показаниям являются регистрация случая полиомиелита, вызванного диким полиовирусом, выделение дикого полиовируса в биопробных материалах от людей или из объектов окружающей среды. В этих случаях иммунизация проводится в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяется возраст детей, подлежащих иммунизации, сроки, порядок и кратность ее проведения	

Допускается введение инактивированных вакцин, применяемых в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и национального календаря профилактических прививок в один день разными шприцами в разные участки тела.

5. Требования к проведению профилактических прививок и требования к медицинским иммунобиологическим препаратам

В статье 11 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» перечислены требования к проведению профилактических прививок:

«1. Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность.

2. Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

4. Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения».

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок приведены в Методических указаниях (МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1), утвержденных Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002 г. (табл. 5.1).

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2 - 4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

Плановая вакцинация откладывается до окончания острых проявлений заболевания и обострения хронических заболеваний.

Сильной реакцией является наличие температуры выше 40 градусов, в месте введения вакцины - отек, гиперемия более 8 см в диаметре, реакция анафилактического шока.

Таблица 5.1.

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
БЦЖ - вакцина	Вес ребенка менее 2000 г, келлоидный рубец после предыдущей дозы
ОПВ (оральная полиомиелитная вакцина)	Абсолютных противопоказаний нет
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе (вместо АКДС вводят АДС)
АДС, АДС-М	Абсолютных противопоказаний нет
ЖКВ (живая коревая вакцина),	Тяжелые реакции на аминогликозиды
ЖПВ (живая паротитная вакцина), вакцина против краснухи или тривакцина (корь, паротит, краснуха)	Анафилактические реакции на яичный белок

В методических указаниях подчеркивается, что наличие противопоказания не означает, что в случае проведения прививки у вакцинированного обязательно возникнет осложнение, речь идет лишь о повышении риска неблагоприятной реакции, что, однако, должно рассматриваться как препятствие к проведению вакцинации в большинстве случаев.

К поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (ангионевротический отек), синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела, сывороточной болезни;
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражение центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также проявления судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остеит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;
- артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

У больных с первичным иммунодефицитом повышен риск осложнений при использовании живых вакцин.

В статье 12, 13, 14 и 15 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» приведены требования к медицинским иммунобиологическим препаратам, к их хранению и транспортировке, обеспечению и государственному надзору.

В настоящее время действуют санитарно-эпидемиологические правила СП3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации», утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 03 марта 2008 г. №15. Правила устанавливают основные, требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает безопасность иммунизации.

6. Социальная поддержка граждан при возникновении поствакцинальных осложнений

Статьи 18, 19, 20 и 21 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» детализирует право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений (табл. 6.1).

Таблица 6.1.

Права граждан при возникновении поствакцинальных осложнений

Статьи 18-21 ФЗ «Об иммунопрофилактике…»	
Права граждан	На получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.
	Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1 000 рублей.
	На пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением.
	В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи.
	Один из родителей (иной законный представитель) или иной член семьи имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении в размере, установленном федеральным законом.

Расследование поствакцинальных осложнений производится в соответствии с методическими указаниями, утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 04.03.2004 г. (Текст документа по состоянию на июль 2011 г. года).

Перечень поствакцинальных осложнений и перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию представлен в таблице 6.2.

Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утвержден Постановлением Правительства РФ 2 августа 1999 г. № 885:

«1. Анафилактический шок.

2. Тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек - отек Квинке, синдром Стивена-Джонсона, синдром Лайела, синдром сывороточной болезни и т. п.).

3. Энцефалит.

4. Вакциноассоциированный полиомиелит.

5. Поражения центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома.

6. Генерализованная инфекция, остеит, остит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ.

7. Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи».

Как видно из проведенного анализа правовых вопросов профилактики инфекционных заболеваний, наличие большого количества действующей нормативной документации свидетельствует о сложности процесса иммунизации населения на всех этапах ее организации и о большой ответственности медицинских работников при осуществлении данного вида медицинской деятельности.

Таблица 6.2.

Перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию

Клинические формы	Вакцина	Сроки появления
Анафилактический шок, анафилактоидная реакция, коллапс	все, кроме БЦЖ и ОПВ	первые 12 часов
Тяжелые, генерализованные аллергические реакции (с-м Стивенса-Джонсона, Лайела, рецидивирующие отеки Квинке, сыпи и др.)	все, кроме БЦЖ и ОПВ	до 3 суток
Синдром сывороточной болезни	все, кроме БЦЖ и ОПВ	до 15 суток
Энцефалит, энцефалопатия, энцефаломиелит, миелит, неврит, полирадикулоневрит, синдром Гийена-Барре	инактивированные живые вакцины	до 10 суток 5 - 30 суток
Серозный менингит	живые вакцины	10 - 30 суток
Афебрильные судороги	инактивированные живые вакцины	до 7 суток до 15 суток
Острый миокардит, нефрит, агранулоцитоз, тромбоцитопеническая пурпура, анемия гипопластическая, коллагенозы	все	до 30 суток
Хронический артрит	краснушная вакцина	до 30 суток
Вакциноассоциированный полиомиелит	у привитых у контактных	до 30 суток до 60 суток
Осложнения после БЦЖ прививки: холодный абсцесс, лимфаденит, келоидный рубец, остеит и др. Генерализованная БЦЖ-инфекция		в течение 1,5 лет после прививки
Абсцесс в месте введения	все вакцины	до 7 суток
Внезапная смерть, другие случаи летальных исходов, имеющие временную связь с прививкой	все вакцины	до 30 суток

Контрольные вопросы:

1. Приведите положения статей Закона об охране здоровья, относящихся к профилактике заболеваний.
2. Объясните, каким путем обеспечивается приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.
3. Как осуществляется профилактика инфекционных заболеваний?
4. Как осуществляется профилактика неинфекционных заболеваний?
5. Как обеспечивается формирование здорового образа жизни?
6. Раскройте понятия, применяемые в ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»: профилактика, иммунопрофилактика, профилактические прививки, иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики, национальный календарь профилактических прививок и др.
7. Назовите основные законодательные акты Российской Федерации, относящиеся к иммунопрофилактике.
8. В чем заключается государственная политика в области иммунопрофилактики?
9. Перечислите права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
10. Назовите последствия отсутствия профилактических прививок.

11. Приведите перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок.

12. Охарактеризуйте ст. ст. 8, 9, 10 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» - Организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики; Национальный календарь профилактических прививок; Профилактические прививки по эпидемическим показаниям.

13. Охарактеризуйте ст. ст. 11, 12, 17 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» - Требования к проведению профилактических прививок; Требования к иммунобиологическим лекарственным препаратам для иммунопрофилактики; Государственное статистическое наблюдение в области иммунопрофилактики.

14. Охарактеризуйте ст. ст. 18, 19, 21 ФЗ «Об иммунопрофилактике…» - Право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений; Государственные единовременные пособия; Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком…».

15. Какие основные болезни включены в национальный календарь профилактических прививок?

16. Назовите несколько видов работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок.

17. Охарактеризуйте календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

18. Охарактеризуйте требования к проведению профилактических прививок.

19. Приведите перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий.

20. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по пункту 4. Клиническая диагностика поствакцинальных осложнений - 4.1. Аллергические осложнения; 4.2. Неврологические осложнения; 4.3. Другие заболевания в поствакцинальном периоде, требующие расследования; 4.4. Осложнения на введение вакцины БЦЖ.

21. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по пункту 5. Лабораторная диагностика поствакцинальных осложнений.

22. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по пункту 7. Профилактика поствакцинальных осложнений.

23. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по приложению 2. Перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию.

ТЕМА: ПРАВОВЫЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Цель: рассмотреть вопросы государственной политики в области формирования здорового образа жизни и медико-правовые вопросы употребления табака и алкоголя как факторов риска для здоровья.

План

1. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.
2. Международные и отечественные документы, посвященные формированию здорового образа жизни.
3. Основные положения Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года.
4. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.
5. Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака.
6. ФЗ от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
7. Нормативно-правовое регулирование продажи и потребления (распития) алкогольной продукции.
8. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.
2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. (Вступила в силу 27.02.2005 г.).
3. ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. ФЗ от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ (ред. от 26.04.2016 г. № 115-ФЗ) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
5. Правовые основы деятельности врача. Учебное пособие. Часть 1. [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2016 г. – 202 с.

Дополнительная

1. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях.
2. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р). (С изм. и доп.).
3. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. (утв. распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р).
4. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 25 октября 2010 г. № 1873-р).
5. Закон Краснодарского края об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков от 4 июня 2012 г. года № 2497-КЗ (в ред. Законов Краснодарского края от 29.05.2014 г. № 2980-КЗ)
6. Галюкова М.И. Законодательные меры стимулирования населения к ведению здорового образа жизни: роль медицинских организаций // Правовые вопросы в здравоохранении. 2015 г. № 1. С. 46-55.

1. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.

В последние годы профилактическому направлению медицины придается особенно большое значение. Это подтверждается «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», являющейся основой для реформы системы здравоохранения.

На сегодняшний день установлены факторы риска основных причин заболеваемости и смертности населения, что позволяет разрабатывать профилактические стратегии. Формирование здорового образа жизни у населения - длительный процесс, зависящий от множества государственных, общественных и биологических факторов. Задача органов власти - на государственном и общественном уровнях создавать условия для укрепления здоровья населения и предупреждать влияние факторов, угрожающих здоровью людей.

Формирование у населения здорового образа жизни - это одна из основных задач общественного здравоохранения. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, образ жизни – это «способ жизни, основывающийся на идентифицируемых видах и особенностях поведения, определяющихся взаимодействием между личностными характеристиками человека, социальным взаимодействием и социально-экономическими и экологическими условиями жизни». Укрепление здоровья - это процесс, позволяющий людям более четко контролировать свое здоровье и его детерминанты и, таким образом, улучшать его состояние.

В XX в. произошли коренные перемены в жизни человечества. Это «золотой век» для общественного здравоохранения. Медицинская помощь стала доступной для большинства населения во многих странах мира; были детально изучены факторы риска болезней и смерти человека; разработаны программы по контролю инфекционных заболеваний; появились точные методы диагностики и новые эффективные лекарственные препараты.

Значительные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями, повышение социально-экономического положения населения в развитых странах определили влияние новых факторов на здоровье человека, в значительной степени связанных с изменениями образа жизни.

Благодаря развитию транспорта и механизации труда в большинстве европейских и североамериканских стран население получило доступ к высококалорийному питанию; одновременно снизилась повседневная физическая активность. Индустриализация табачного производства привела к повсеместной доступности сигарет, а активное развитие средств массовой информации способствовало возрастанию влияния рекламы на поведение людей (включая выбор питания, сигарет и алкоголя). В середине прошлого века были отмечены значительный рост использования молодежью наркотических препаратов; изменение сексуального поведения; общество стало толерантно к внебрачным половым связям.

Курение является фактором риска развития гипертонии, цереброваскулярных заболеваний, аневризмы аорты, ишемической болезни сердца (ИБС), острых и хронических заболеваний легких. Оно приводит к возникновению рака ротовой полости, губы, глотки, пищевода, поджелудочной железы, гортани, трахеи, легких, бронхов, шейки матки, мочевого пузыря и почек. Курение повышает риск смерти в результате травмы (прежде всего ожогов).

Высококалорийное питание способствует ожирению, что также является одной из причин ИБС, ишемического инсульта, диабета, остеоартритов, рака кишечника и матки, рака молочной железы. Недостаточное употребление овощей и фруктов - фактор риска ИБС, инсульта, рака желудка, кишечника, легких и пищевода.

Отсутствие достаточной физической активности - фактор риска ИБС, рака молочной железы, кишечника и диабета.

Изучение относительных рисков употребления алкоголя показало его связь с возникновением ИБС, инсульта, диабета, рака печени, слизистой рта, груди, пищевода, кишечника, цирроза, эпилепсии, депрессий, умышленных и неумышленных травм.

Рискованное сексуальное поведение (многочисленные половые партнеры, сексуальные контакты без использования презерватива) значительно повышает риск заболевания инфекциями,

передаваемыми половым путем (в т. ч. ВИЧ), и рака шейки матки (в результате инфицирования вирусом папилломы человека).

В таблице 1.1 перечислены основные факторы риска для здоровья, связанные с поведением человека, основанные на данных научных исследований.

Таблица 1.1.

Влияние образа жизни на здоровье

Факторы риска	Последствия для здоровья
Курение	сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические заболевания легких, травмы
Отсутствие физической активности	сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет II типа
Высококалорийное питание с пониженным содержанием клетчатки, повышенным – жиров и соли	сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет II типа
Алкогольная и наркотическая зависимость	сердечно-сосудистые заболевания, рак, поражение печени; депрессия, травмы, суициды, ВИЧ-инфекция
Рискованное сексуальное поведение (многочисленные партнеры, секс без презерватива)	инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ-инфекция, рак

Известно, что если в поведении человека присутствуют несколько факторов риска, то их негативный эффект суммируется.

Перечисленные выше факторы риска заболеваемости и смертности населения широко распространены и среди населения РФ. В докладе Всемирного банка «Рано умирать...», опубликованном в 2006 г., представлены десять ведущих факторов смертности и потери трудоспособности в России (табл. 1.2).

Таблица 1.2.

Ведущие факторы смертности и потери трудоспособности в РФ

Факторы риска смертности (% от общего количества смертей)	Факторы риска нетрудоспособности (% от общего числа лет нетрудоспособной жизни)
Высокое артериальное давление – 35,5	Алкоголь – 16,5
Высокое содержание холестерина – 23	Высокое артериальное давление – 16,3
Курение – 17,1	Курение – 13,4
Недостаточное потребление фруктов и овощей – 12,9	Высокое содержание холестерина – 12,3
Высокий индекс массы тела – 12,5	Высокий индекс массы тела – 8,5
Алкоголь – 11,9	Недостаточное потребление фруктов и овощей – 7
Низкая физическая активность – 9	Низкая физическая активность – 4,6
Загрязненность воздуха в городах – 1,2	Наркотики – 2,2
Наркотики – 0,9	Секс без предохранения – 1

В докладе подчеркивается, что первые три фактора риска смертности - высокое артериальное давление, уровень холестерина в крови и курение - являются причинами более чем 75% смертей в нашей стране.

В таблице 1.2 указаны также факторы риска нетрудоспособности - показатель потерянных лет жизни по причине нетрудоспособности (DALY, disability adjusted life years). Употребление алкоголя, высокое артериальное давление и курение приводят к потере более чем 46% лет из общего числа лет.

Показатели продолжительности жизни, заболеваемости и смертности населения в РФ значительно хуже, чем в других экономически развитых странах мира.

Так, по данным Минздравсоцразвития России, продолжительность жизни в России на 6,5 года меньше, чем в «новых» странах Европейского союза (ЕС) (страны, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.), и на 12,5 года меньше, чем в «старых» странах ЕС (страны, входившие в ЕС до мая 2004 г.); коэффициент смертности в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, и в 1,5 раза выше, чем в «старых» странах ЕС.

Основная причина смертности в России - болезни системы кровообращения, от которых ежегодно умирает более 1 млн. чел.; следующие наиболее распространенные причины - новообразования и внешние факторы.

Большинство указанных в таблице 2 причин смертности населения предотвратимы.

Следует заметить, что распространенный термин «предотвратимая смертность» обозначает «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые благодаря усилиям системы здравоохранения на основе современных знаний и практики».

Впервые за всю историю не только Российской Федерации, но и Советского Союза, государство берёт на себя обязательство по поводу формирования здорового образа жизни среди населения и активно выделяет на это средства.

Сохранение и укрепление здоровья возможно лишь при соблюдении следующих условий:

- формирование приоритета здоровья в системе ценностей общества,
- создание у населения мотивации быть здоровым,
- обеспечение государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

В «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.», подготовленной Минздравсоцразвития России, изложены основные государственные и общественные меры по предупреждению преждевременной смертности и нетрудоспособности населения. Основные направления программы, следующие:

1. Совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания:

Воспитание населения через СМИ.

Внедрение образовательных программ в учреждения образования.

Обучение гигиеническим навыкам по соблюдению режима труда и отдыха, режима и структуры питания и иных норм поведения, поддерживающих здоровье.

Ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной диспансеризации граждан, своевременного обращения за медицинской помощью.

2. Создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками:

Санитарное просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем.

3. Обеспечение здорового питания.

4. Развитие массовой физкультуры и спорта.

5. Снижение риска воздействия неблагоприятных внешних факторов:

Санитарно-эпидемиологический надзор за средой обитания и условиями труда.

Борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями. Особое внимание по-прежнему будет уделяться контролируемым инфекциям, чья распространённость прямо зависит от вакцинопрофилактики, совершенствованию и выполнению Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

6. Изменение нормативно-правовой базы для создания системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников.

7. Создание системы мотивирования граждан к ведению ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях:

Популяризация уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья, формирование моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения.

8. Массовая профилактика факторов риска неинфекционных заболеваний.

Речь идёт в первую очередь о сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, занимающих первые места в структуре смертности.

9. Мотивирование руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

Заметим, что формирование здорового образа жизни и изменение поведения человека для укрепления здоровья - чрезвычайно сложные задачи. Курение, алкоголь, наркотики, высококалорийное питание и спонтанные половые отношения расцениваются многими людьми как удовольствие. Напротив, поведение, способствующее сохранению здоровья (например, употребление менее сладкой или соленой пищи, увеличение физической активности, использование презерватива при половых контактах) может расцениваться как менее приятное, утомительное или скучное.

Основа стратегии формирования здорового образа жизни - три модели изменения поведения - модель убеждения в пользе здоровья ((Health Belief Model), социальная когнитивная теория (Social Cognitive Theory) и транстеоретическая модель изменения поведения (Transtheoretical Modelof Stagesof Change). Основные положения этих моделей:

– поведение человека определяется его биологическими и психологическими характеристиками, комплексом когнитивных и аффективных свойств: знаниями, чувствами, убеждениями, ценностями, самооценкой, уверенностью и способностями;

– поведение формируется под воздействием окружающей среды и меняется с течением времени;

– в различные периоды времени различные факторы окружающей среды по-разному влияют на поведение человека;

– существуют определенные этапы в изменении поведения.

В Глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья определено, что стратегии формирования здорового образа жизни должны:

– основываться на научных исследованиях и фактах;

– быть всеобъемлющими (включать как политику, так и действия, направленные на борьбу со всеми основными причинами хронических болезней);

– признавать сложные формы взаимодействия между личностным выбором, социальными нормами и экономическими факторами, а также факторами окружающей среды;

– быть многодисциплинарными, включать многосекторальное сотрудничество, предусматривающее участие всех слоев общества;

– партнерские отношения с государственными, неправительственными и международными организациями и гражданским обществом.

Какова же роль самого человека? Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что не существует никакого «оптимального образа жизни», который должен быть всем предписан. Задачи государства - обеспечить гражданам свободный информированный выбор здорового образа жизни, сделать здоровый образ жизни доступным для каждого. Если эти задачи выполнены, на гражданина накладываются определенные обязательства для предупреждения расходов здравоохранения.

В Бангкокской хартии укрепления здоровья в глобализованном мире, принятой на Шестой Глобальной конференции по укреплению здоровья, прошедшей под эгидой ВОЗ в 2005 г. в Таиланде, подчеркнуто, что у каждого сектора - межправительственного, правительственного, гражданского общества и частного - свои уникальные роль и обязанность.

Человечество владеет большим объемом знаний об основных факторах риска для здоровья и эффективных методах его укрепления. Для борьбы с основными угрозами здоровью и жизни людей в РФ, такими как курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточная физическая активность, важно изменить поведение населения.

Повышение информированности людей о факторах риска и факторах, способствующих здоровью, - это только одна из необходимых стратегий. Чрезвычайно важно ориентировать политику государства, законодательство, государственное финансирование, деятельность системы здравоохранения, других органов исполнительной власти и контролирующих структур на улучшение здоровья и общего благополучия людей. Предпринимаемые меры, направленные на укрепление здоровья, должны иметь доказанную эффективность, экономическую обоснованность, отвечать интересам людей и защищать их права.

2. Международные и отечественные документы, посвященные формированию здорового образа жизни

Здравоохранение - важный, но далеко не единственный инструмент влияния на здоровье населения. Большое значение имеют действующее в стране законодательство, проводимая государством социально-экономическая политика, условия проживания, возможности заработка и получения образования, культура населения. Положение в обществе, уровень достатка, профессия, образование, национальная принадлежность и т. п. существенно влияют на образ жизни человека. Многое определяется личными психологическими и биологическими (генетическими и гендерными) особенностями. Следовательно, для изменения поведения населения необходимо влияние на всех трех уровнях: государственном, общественном и индивидуальном.

Нужно понимать, что процесс изменения поведения человека длительный. Он состоит из нескольких последовательных этапов: намерение изменить поведение, готовность и принятие решения, установка поведения и его поддержание. На каждом этапе на индивидуума влияет окружающая среда, подкрепляя изменения поведения либо препятствуя им.

Основной принцип формирования здорового образа жизни заключается в поддержке и повышении доступности того, что полезно для здоровья, и в ограничении или запрете того, что вредит здоровью. Первое относится к физической активности, рациональному питанию (со снижением количества жиров и углеводов и увеличением растительной клетчатки, витаминов и микроэлементов), безопасному сексуальному поведению. Второе - к употреблению алкоголя, курения и наркотиков.

Характерно, что как поддержка «здорового» поведения, так и препятствие «угрожающему» поведению осуществляются на уровне государства во многом с помощью общих стратегий и мер.

К законодательному регулированию относятся, например, полный запрет на использование наркотических препаратов с немедицинскими целями и уголовная ответственность за их распространение. В отношении ограничения употребления алкогольных напитков и табака к законодательным мерам относятся запрещение продажи несовершеннолетним, ограничение времени и мест продажи, употребления в общественных местах, запрещение рекламы.

Торговая политика, которая позволяет бесконтрольное производство, торговлю и потребление пищевых продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров в ущерб фруктам и овощам, противоречит политике здравоохранения, согласно которой рекомендуется потреблять относительно мало продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров и употреблять больше фруктов и овощей.

Примерами «поддерживающих» законодательных мер являются следующие: определение требований к производству пищевых продуктов, государственная поддержка физкультуры и спорта, обязательное физическое воспитание в школах. В Великобритании, например, министерство транспорта обязывает местные власти принять политику приоритетности нужд пешеходов и велосипедистов в своей транспортной стратегии и ежегодно оценивает, насколько эта стратегия воплощается в жизнь.

Финансовые меры могут быть ограничительными или поддерживающими. В качестве примеров можно привести повышение акцизов на алкоголь и табачные изделия и, напротив, субсидии сельскохозяйственным производителям; государственное финансирование строительства учреждений физкультуры и спорта, платные парковки для автомобилей, бесплатные для велосипедов и т. д.

Коммуникационные и образовательные стратегии заключаются в разъяснении факторов поведения, способствующих и угрожающих здоровью, с помощью средств массовой информации, в интернете, с помощью информационных материалов, семинаров, дискуссий и т. п. В качестве примера коммуникационной стратегии можно привести портал МЗ России www.takzdorovo.ru.

Необходимо отметить, что эффективность любых информационных материалов для населения должна быть предварительно протестирована с помощью фокус-групп или глубинного интервью в целевых группах.

Меры медицинской поддержки - это оценка индивидуальных факторов риска всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью; проведение скрининга населения; консультирование по вопросам изменения поведения; предоставление специализированной помощи людям с алкогольной, никотиновой и наркотической зависимостями, ожирением и т. п. Эти меры должны осуществляться врачами, оказывающими первичную медицинскую помощь, а также специалистами и сотрудниками

центров здоровья. Все перечисленные медицинские работники должны пройти соответствующее обучение.

К наблюдению, надзору и контролю относятся меры по обеспечению выполнения требований законодательства, направленного на охрану здоровья населения; мониторинг основных показателей здоровья населения; проведение дополнительных исследований (опросы населения, анализ продаж, контрольные закупки, рассмотрение жалоб населения и т. п.).

К Международным и отечественным документам, посвященным формированию здорового образа жизни относятся: Конституция (Основной Закон) Российской Федерации – России; Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака; ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; ФЗ от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»; ФЗ от 22 ноября 1995 г. №171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (с изм. и доп. на 2.11.2013 г.); Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 – 2015 г. годы (утв. распоряжением Правительства РФ от 23 сентября 2010 г. №1563-р); Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. №1662-р) (с изм. и доп.); Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.(утв. распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №2128-р); Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 25 октября 2010 г. №1873-р) и др.

3. Основные положения Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ разработана в соответствии с поручением Президента РФ по итогам заседания Государственного совета РФ, состоявшегося 21 июля 2006 г. и дополнена в 2008-2009 гг.

Стратегической целью является достижение уровня экономического и социального развития, соответствующего статусу России как ведущей мировой державы XXI века. В 2015 г.-2020 годах Россия должна войти в пятерку стран-лидеров по объему валового внутреннего продукта (по паритету покупательной способности). При этом Россия должна не только остаться мировым лидером в энергетическом секторе, добыче и переработке сырья, но и создать конкурентоспособную экономику знаний и высоких технологий. К 2020 году Россия может занять значимое место (5-10%) на рынках высокотехнологичных товаров и интеллектуальных услуг.

Уровень доходов и качество жизни россиян к 2020 году должны достичь показателей, характерных для развитых экономик. Это означает высокие стандарты личной безопасности, доступность услуг образования и здравоохранения требуемого качества, необходимый уровень обеспеченности жильем, доступ к культурным благам и обеспечение экологической безопасности. В частности, охват населения высшим и средним профессиональным образованием должен составить 60-70%, средний уровень обеспеченности жильем – 100 кв. м на семью.

Основными целевыми ориентирами социальной политики являются: снижение малообеспеченной части населения с 22% в 2007 году до 15% в 2020 году; увеличение среднего класса до более половины населения; решение в 2012 г.-2015 г. годах проблемы беспризорности; повышение среднего размера трудовых пенсий по старости к 2016 г.-2020 годам до 2,5-3 прожиточных минимумов пенсионера.

Целями долгосрочной денежно-кредитной и бюджетной политики являются: поддержание высоких, в среднем 106-107% в год, темпов экономического роста; последовательное снижение уровня инфляции (к 2020 году до 3%).

Приоритетные направления государственной демографической политики представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года. Приоритетные направления государственной демографической политики

<table>
<tr><td colspan="4">Первое направление – снижение смертности населения, прежде всего высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте от внешних причин, в том числе:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Снижение смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий</td><td colspan="2">Профилактика, своевременное выявление на ранних стадиях и лечение сердечно-сосудистых и других заболеваний, которые дают высокий процент смертности среди населения</td></tr>
<tr><td colspan="3">Снижение смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, профилактика и своевременное выявление профессиональных заболеваний</td><td>Создание развитой инфраструктуры жизнеобеспечения и реабилитации лиц, работающих в экстремальных условиях</td></tr>
<tr><td colspan="4">Снижение материнской и младенческой смертности</td></tr>
<tr><td colspan="4">Второе направление – сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни. Сохранение здоровья населения и усиление профилактики заболеваний требуют:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Развития условий для ведения здорового образа жизни</td><td colspan="2">Проведения прикладных научных и эпидемиологических исследований</td></tr>
<tr><td colspan="2">Организации и развития медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий</td><td colspan="2">Разработки и внедрения механизмов стимулирования у граждан РФ ответственного отношения к своему здоровью</td></tr>
<tr><td colspan="4">Третье направление – повышение уровня рождаемости (в том числе за счет рождения в семьях второго и последующих детей), включая:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений, семейного воспитания</td><td>Развитие системы поддержки семьи в связи с рождением и воспитанием детей</td></tr>
<tr><td colspan="3">Предоставление возможности применения по налогу на доходы физических лиц социального вычета по лечению детей</td><td>Поддержку семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей</td></tr>
<tr><td colspan="2">Повышение качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, развитие перинатальных технологий</td><td colspan="2">Укрепление репродуктивного здоровья населения, государственную поддержку лечения бесплодия, проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение числа абортов</td></tr>
<tr><td colspan="3">Профилактику, раннее выявление нарушений в состоянии здоровья детей и подростков, развитие и внедрение высокоэффективных методов лечения в педиатрии</td><td>Поэтапную ликвидацию рабочих мест с вредными или опасными для репродуктивного здоровья населения условиями труда</td></tr>
<tr><td colspan="2">Реализацию программ по предоставлению доступного семейного жилья</td><td colspan="2">Развитие механизмов, позволяющих сочетать родителям работу и выполнение семейных обязанностей</td></tr>
<tr><td colspan="4">Совершенствование инфраструктуры дошкольного образования</td></tr>
<tr><td colspan="4">Четвертое направление – управление миграционными процессами в целях снижения дефицита трудовых ресурсов в соответствии с потребностями экономики.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Пятое направление – обеспечение защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.</td></tr>
</table>

Особо следует остановиться на демографической политике, политике народосбережения и развитии здравоохранения.

Снижение численности населения в 1990-х – начале 2000-х годов является одним из основных вызовов для долгосрочного развития России. При сохранении негативных тенденций численность населения может снизиться со 142,1 млн. человек в 2007 году до 140 млн. человек в 2020 году.

Целью государственной демографической политики является снижение темпов естественной убыли населения, стабилизация численности населения и создание условий для ее роста, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Необходимо обеспечить стабилизацию численности населения на уровне не ниже 142 – 143 млн. человек к 2015 г. году и создание условий для повышения к 2025 году численности населения до 145 млн. человек и средней продолжительности жизни до 75 лет.

Результатом данных мер должно стать сокращение к 2020 году количества погибших в результате чрезвычайных ситуаций различного характера по отношению к 2006 году на 20 –22 процента, пострадавших – на 18 – 20 процентов.

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения. С другой – благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

Система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество.

В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в здравоохранение. Однако они не позволили значительно улучшить ситуацию, поскольку не сопровождались масштабными и высокоэффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями. Отставание уровня развития здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильней, чем во многих других ключевых отраслях экономики.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Отдельной задачей является активное развитие российской медицинской и фармацевтической промышленности и создание условий для ее перехода на инновационную модель развития, что должно поднять уровень обеспеченности организаций здравоохранения и населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, в том числе отечественного производства, до среднеевропейского уровня, как по количественным, так и по качественным показателям.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг. Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение многих приоритетных задач (табл. 3.2).

Решение указанных задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения. Предполагается обеспечить снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения не менее чем в 1,4 раза, от несчастных случаев, отравлений и травм – примерно в 2 раза, снизить показатели младенческой и материнской смертности до показателей развитых стран, уменьшить в 1,5 раза заболеваемость социально значимыми заболеваниями.

Таблица 3.2.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года.
Реализация целей развития системы здравоохранения

Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение следующих приоритетных задач.	
Задачи	1. Обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме…
	2. Модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования…
	3. Повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе: обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах…
	4. Улучшение лекарственного обеспечения граждан…
	5. Информатизация системы здравоохранения…
	6. Развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду…
	7. Совершенствование системы охраны здоровья населения, в том числе: –пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье; –разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска; –формирование культуры здорового питания населения; –обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды; –обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
	8. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», основными направлениями которого являются: –оказание профилактической помощи населению; –развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи; –повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи, оказываемой населению, в том числе больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, включая высокотехнологичную медицинскую помощь; –совершенствование службы крови.

Планируется примерно в 1,3 раза увеличить объем амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях, значительно повысить эффективность использования коечного фонда (увеличить оборот и занятость койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и т.д.), обеспечить в полном объеме потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Улучшение показателей здоровья населения и деятельности организаций системы здравоохранения будет обеспечиваться на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава.

Для достижения запланированных показателей предусматривается за 2008 – 2020 годы увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6 процента до не менее 5,2 – 5,5 процента (с учетом различий в паритете покупательной способности рубля и валют других стран доля государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте составит около 10 – 11 процентов, что сопоставимо с показателями передовых иностранных государств).

Кроме того, в развитии общества, его духовного и физического здоровья значительную роль играют физическая культура и спорт.

Стратегическая цель государственной политики в сфере физической культуры и спорта – создание условий, ориентирующих граждан на здоровый образ жизни, в том числе на занятия физической культурой и спортом, развитие спортивной инфраструктуры, а также повышение конкурентоспособности российского спорта.

4. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) – первый в истории договор, принятый под эгидой Всемирной организации здравоохранения. РКБТ является договором, основанным на фактических данных, в котором подтверждается право всех людей на обладание наивысшим уровнем здоровья. РКБТ представляет собой показательный сдвиг в сторону разработки соответствующей стратегии регулирования веществ, вызывающих зависимость; в отличие от предыдущих договоров по контролю за наркотическими средствами, в РКБТ особое значение придается стратегиям сокращения спроса, а также вопросам, связанным с предложением.

РКБТ была разработана в ответ на глобализацию табачной эпидемии. Распространению табачной эпидемии в настоящее время способствуют разнообразные комплексные факторы с трансграничными последствиями, включая либерализацию торговли и прямые иностранные инвестиции. Резкому расширению масштабов потребления табака содействуют и другие факторы, такие как глобальный маркетинг, транснациональная реклама, стимулирование продажи и спонсорство табака, а также международные перевозки контрабандных и поддельных сигарет.

Уже самый первый пункт преамбулы, в котором говорится, что «Стороны настоящей Конвенции преисполнены решимости уделять приоритетное внимание своему праву на защиту здоровья людей», свидетельствует о том, что РКБТ направлена на установление глобальных тенденций.

Основные положения РКБТ, регламентирующие сокращение спроса на табак, содержатся в статьях 6-14:

Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак; и неценовые меры по сокращению спроса на табак, а именно:

- защита от воздействия табачного дыма;
- регулирование состава табачных изделий;
- регулирование раскрытия состава табачных изделий;
- упаковка и маркировка табачных изделий;
- просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения;
- реклама, стимулирование продажи и спонсорство табака;
- меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака.

Основные положения РКБТ, регламентирующие сокращение предложения табака, содержатся в статьях 15-17:

Незаконная торговля табачными изделиями;

Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними; и поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности.

Еще одной новаторской особенностью РКБТ является включение положения, регламентирующего ответственность.

Механизмы научного и технического сотрудничества и обмена информацией изложены в статьях 20-22.

РКБТ ВОЗ была открыта для подписания с 16 июня по 22 июня 2003 г. в Женеве и впоследствии в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций, которые являются Депозитарием этого договора, с 30 июня 2003 г. по 29 июня 2004 года. Эта конвенция, которая в настоящее время закрыта для подписания, насчитывает 168 государств-участников, включая Европейское сообщество, что делает ее одним из самых широко признанных договоров в истории ООН.

Государства-члены, подписавшие Конвенцию, указали, что они будут стремиться в духе доброй воли ратифицировать, принять или утвердить ее и проявлять политическую волю, с тем, чтобы не подрывать содержащиеся в ней цели. Страны, желающие стать Стороной Конвенции, но не подписавшие ее до 29 июня 2004 г., могут сделать это путем присоединения, которое является одноэтапной процедурой, эквивалентной ратификации.

Конвенция вступила в силу 27 февраля 2005 г. - спустя 90 дней после присоединения к ней, ее ратификации, принятия или утверждения 40 государствами.

Начиная с этой даты, для сорока Договаривающихся сторон положения Конвенции стали юридически обязательными. Для каждого государства, которое ратифицирует, принимает или утверждает настоящую Конвенцию или присоединяется к ней, Конвенция вступает в силу на девяностый день после даты сдачи им на хранение документа о ратификации, принятии, утверждении или присоединении. Для региональной организации экономической интеграции Конвенция вступает в силу на девяностый день после даты сдачи ею документа об официальном одобрении или присоединении.

Глобальная сеть, сложившаяся за период переговоров по РКБТ ВОЗ, имеет важное значение при подготовке к осуществлению Конвенции на уровне стран. Как сказал Генеральный директор ВОЗ д-р Чон-вук ЛИ, «Переговоры по РКБТ ВОЗ уже положили начало процессу, который привел к видимым результатам на страновом уровне. Успех РКБТ ВОЗ в качестве средства общественного здравоохранения будет зависеть от нашей энергии и политической приверженности делу ее осуществления в странах в предстоящие годы. Успешным результатом будет глобальное улучшение общественного здравоохранения в интересах всех людей».

Для реализации этой задачи Россия предприняла значительные усилия, которые нашли свое отражение и на законодательном уровне.

5. Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 – 2015 г. годы была разработана в соответствии со статьей 5 Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. В настоящее время Министерство здравоохранения РФ разработало проект государственной концепции противодействия потреблению табака на 2017 г.-2022 годы. Документ направлен на согласование в заинтересованные федеральные органы исполнительной власти.

Потребление табака, в том числе в виде табачных изделий, является существенной угрозой для здоровья граждан России. С потреблением табака и воздействием табачного дыма связан ряд социальных, экономических и экологических последствий, а ущерб здоровью от потребления табака ложится тяжелым бременем на общество и государство.

В России ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 350 тысяч до 500 тысяч граждан.

Потребление табака увеличивает риск развития тяжелых сердечно-сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных, эндокринных и онкологических заболеваний, заболеваний репродуктивной системы и других заболеваний.

Распространенность потребления табака среди взрослого населения России в различных регионах страны составляет 53 - 80 процентов среди мужчин и 13 - 47 процентов - среди женщин.

Распространенность потребления табака среди юношей и девушек составляет соответственно 28 - 67 процентов и 15 - 55 процентов.

Наибольший рост потребления табака за последние 5 лет (в 3 раза) отмечен среди женщин, детей и подростков. Во время беременности более 40 процентов курящих женщин продолжают курить, что приводит к увеличению числа детей, родившихся больными, росту недоношенности и раннему прерыванию беременности.

Около 80 процентов населения РФ подвергается ежедневному пассивному курению табака. Вещества, содержащиеся в табачном дыме, обладают токсичными, мутагенными и канцерогенными свойствами.

Продвижению табачной продукции на рынок России и дальнейшему увеличению числа ее потребителей способствуют низкие налоги и цены на табачные изделия, активная реклама табака, низкая информированность населения о вреде потребления табака и воздействия табачного дыма на человека, недостаточный уровень организации профилактической работы и медицинской помощи, направленных на отказ от потребления табака.

В проекте государственной концепции противодействия потреблению табака на 2017 г.-2022 годы сохранены все основные положения концепции 2010-2015 г. года. Целью Концепции является создание условий для защиты здоровья россиян от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма путем реализации мер, направленных на снижение потребления табака и уменьшение его воздействия на человека.

Меры по организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости представлены в таблице 5.1.

Таблица 5.1.

Концепция осуществления государственной политики
противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы

<table>
<tr><td colspan="2">Меры по организации медицинской помощи населению,
направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости</td></tr>
<tr><td>Оказание медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, различным категориям населения, в том числе детям, подросткам и беременным женщинам</td><td>Создание бесплатной доступной консультативной телефонной линии по оказанию помощи, направленной на отказ от потребления табака</td></tr>
<tr><td>Включение методов отказа от потребления табака в стандарты и протоколы лечения заболеваний, для которых табак является фактором риска</td><td>Разработка и внедрение программ и технологий мотивирования лиц к отказу от потребления табака</td></tr>
<tr><td>Обеспечение доступности современных фармакологических препаратов, применяемых для лечения табачной зависимости</td><td>Информирование населения об эффективных методах отказа от потребления табака и о медицинских организациях, оказывающих соответствующую помощь</td></tr>
<tr><td>Разработка и включение в образовательные стандарты и программы медицинских средних специальных и высших учебных заведений разделов, включающих сведения о влиянии потребления табака на здоровье человека</td><td>Организация постоянного последипломного обучения медицинских работников современным методам оказания медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака</td></tr>
<tr><td colspan="2">Проведение научных исследований в области изучения воздействия табака на организм человека и повышения эффективности лечебно-профилактических программ, предусматривающих отказ от потребления табака, оценка их эффективности</td></tr>
</table>

Достижение данной цели означает формирование общества, в котором граждане будут защищены от потерь многих лет продуктивной жизни, снижения производительности труда, расходов на лечение тяжелых заболеваний, связанных с потреблением табака.

Итогом реализации Концепции является создание условий для дальнейшего постоянного снижения распространенности потребления табака среди населения, что позволит в долгосрочной перспективе снизить уровень распространенности потребления табака среди населения России до 25 процентов, а также достичь ежегодного снижения показателей заболеваемости и смертности от болезней, связанных с потреблением табака.

Меры по недопущению продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними представлены в таблице 5.2.

Таблица 5.2.

Концепция осуществления государственной политики
противодействия потреблению табака на 2010 – 2015 г. годы

Недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними	
Организация продажи табачных изделий в специально отведенных торговых местах	Усиление контроля за размещением объявлений о запрете продажи табачных изделий несовершеннолетним
Введение запрета на изготовление, продажу и распространение конфет, жевательных резинок, игрушек и иных продуктовых и непродовольственных товаров в форме табачных изделий или с использованием логотипов или цветов табачных марок и табачных компаний	Введение запрета продажи всех видов табачных изделий в кафе, интернет-кафе, танцевальных и развлекательных клубах, во время проведения культурно-массовых мероприятий и в других местах, где в основном собираются лица, не достигшие 18 лет
Наделение продавцов табачных изделий правом требовать документ, подтверждающий совершеннолетие покупателя, в случае сомнения относительно его возраста	Усиление ответственности за нарушение правил торговли табачными изделиями, в том числе за продажу сигарет поштучно или в небольших упаковках, а также с использованием автоматов
Усиление ответственности за розничную продажу табачных изделий через интернет-магазины, рассылку по почте и другими способами дистанционной торговли	Введение запрета на распространение бесплатных табачных изделий
Введение запрета на привлечение лиц, не достигших 18 лет, к продаже, распространению и рекламированию табачных изделий	Повышение информированности об ответственности торговых работников, дистрибьюторов, рекламных агентов за продажу и распространение табачных изделий среди лиц, не достигших 18 лет
Совершенствование механизма контроля за выполнением запрета продажи табачных изделий несовершеннолетними и усиление ответственности за их нарушение	

В качестве целевых ориентиров при реализации мероприятий по снижению потребления табака в Российской Федерации на среднесрочную перспективу должны стать:

- снижение распространенности потребления табака среди населения Российской Федерации на 10 - 15 процентов, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами;

- снижение доли граждан, подвергающихся воздействию табачного дыма, на 50 процентов с достижением полной защиты от воздействия табачного дыма на территориях образовательных учреждений, медицинских, физкультурно-спортивных организаций, организаций культуры и во всех закрытых помещениях;

- повышение осведомленности населения о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака, и охват антитабачной пропагандой 90 процентов населения;

- поэтапное увеличение налога на табачные изделия, установление равных ставок акцизов для сигарет с фильтром и без фильтра, включая увеличение адвалорной и специфической ставок акцизов, с доведением до среднего уровня среди стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения.

Важное значение приобретает организация медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости. Большинство потребителей

табака страдают табачной зависимостью, в связи с чем отказ от потребления табака для них крайне затруднителен. Организация доступной медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, снижает уровень распространенности потребления табака среди населения.

Несовершеннолетние граждане Российской Федерации являются особой категорией граждан, защита которых от воздействия табака должна быть приоритетной.

Появление таких новых, привлекательных для подростков табачных изделий, как кальян, снюс, нюхательный табак, требует введения дополнительных мер, ограничивающих их продажу лицам, не достигшим 18 лет.

В связи с этим требуется введение дополнительных мер по снижению доступности табачных изделий для подростков с учетом появления новых способов торговли, включая интернет-магазины, рассылку товаров по почте и другие способы дистанционной торговли.

6. ФЗ от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ (ред. от 24.06.2016 г.) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» принят на замену Федерального закона от 10 июля 2001 г. №87-ФЗ «Об ограничении курения табака» исходя из необходимости реализации Рамочной конвенция ВОЗ по борьбе против табака, которая заключена в г. Женеве 21 мая 2003 г. и к которой Россия присоединилась в 2008 г.

В целях формирования единой правоприменительной практики и однозначного толкования с учетом специфики области регулирования, законом вводятся основные понятия (табл. 6.1).

Таблица 6.1.

Статья 2 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Основные понятия	
Курение табака	Использование табачных изделий в целях вдыхания дыма, возникающего от их тления
Окружающий табачный дым	Табачный дым, содержащийся в атмосферном воздухе места, в котором осуществляется или осуществлялось ранее курение табака, в том числе табачный дым, выдыхаемый лицом, осуществляющим курение табака
Последствия потребления табака	Причинение вреда жизни или здоровью человека, вреда среде его обитания вследствие потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма, а также связанные с этим медицинские, демографические, социально-экономические последствия
Потребление табака	Курение табака, сосание, жевание, нюханье табачных изделий
Спонсорство табака	Любой вид вклада в любые событие, мероприятие или отдельное лицо, целью, результатом или вероятным результатом которого является стимулирование продажи табачного изделия или употребления табака прямо или косвенно
Табачные организации	Юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие производство, перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами — членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции…

Необходимость развития законодательства в сфере охраны здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака обусловлено высокой

распространенностью потребления табака в России и связанными с этим негативными медицинскими, демографическими и другими социально-экономическими последствиями.

В дополнении к приведенным ранее показателям укажем, что по экспертным оценкам, в России курят более 40% взрослого населения – 43,9 млн. человек. Около 80% населения России ежедневно подвергается пассивному курению. По оценкам ВОЗ, из-за болезней, вызванных курением, в России ежегодно умирает до 400 тыс. россиян, более половины таких смертей (63%) приходится на болезни системы кровообращения, что связано с высоким уровнем распространенности потребления табака.

По оценкам экспертов, потери потенциальных лет жизни в трудоспособном возрасте, связанные с преждевременной смертностью, обусловленной курением (у мужчин около 40% всех смертей, у женщин – почти 20%), в целом составляют у мужчин 9 лет, у женщин 5,6 года. С учетом таких потерь упущенная выгода в производстве валового внутреннего продукта составляет 1,2 трлн рублей или 6,3% ВВП. Такая ситуация получила оценку как угрожающая здоровью населения России и требующая принятия неотложных мер.

В статье 4 определен перечень основных принципов охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака (табл. 6.2).

Таблица 6.2.

Основные принципы охраны здоровья граждан
от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

Статья 4 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия … табака»	
Основные принципы	1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
	2) предупреждение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака;
	3) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
	4) системный подход при реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, непрерывность и последовательность их реализации;
	5) приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций;
	6) обеспечение международного сотрудничества Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
	7) взаимодействие органов государственной власти, органов местного самоуправления, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц, не связанных с табачными организациями;
	8) открытость и независимость оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;
	9) информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;
	10) возмещение вреда, причинённого жизни или здоровью, имуществу гражданина, в том числе имуществу индивидуального предпринимателя, или юридического лица вследствие нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Предыдущий закон такой регламентации не содержал. Нововведение обусловлено положениями ст. 4 «Руководящие принципы» Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, согласно которой для достижения цели данной Конвенции и ее протоколов и осуществления ее положений Стороны руководствуются, в частности, принципами, изложенными в названной статье.

Статья 9 содержит нововведение – перечень прав и перечень обязанностей граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака (табл. 6.3).

Таблица 6.3.

Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан
от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

Статья 9. ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия … табака»	
Права	1. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане имеют право на: 1) благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака; 2) медицинскую помощь, направленную на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости; 3) получение … информации о мероприятиях, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака; 4) осуществление общественного контроля за реализацией мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака; 5) внесение в органы государственной власти, органы местного самоуправления предложений об обеспечении охраны здоровья…; 6) возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью, имуществу вследствие нарушения … законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.
Обязанности	2. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане обязаны: 1) соблюдать нормы законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака; 2) заботиться о формировании у детей отрицательного отношения к потреблению табака, а также о недопустимости их вовлечения в процесс потребления табака; 3) не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма…

Статья 11 впервые законодательно определяет перечень мер, осуществляемых в целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака (табл. 6.4).

Статья 15 регламентирует просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма (табл. 6.5).

Статья 17 предусматривает и регламентирует оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака. Данное регулирование, которое в ФЗ «Об ограничении курения табака» не содержалось, введено соответственно положению подп. «с» п. 2 ст. 14 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, предусматривающему, что для содействия прекращению употребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости каждая Сторона стремится создать в учреждениях медико-санитарной помощи и центрах реабилитации программы по диагностике, консультированию, профилактике и лечению табачной зависимости (табл. 6.6).

В статье 20 установлены и регламентированы запреты продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака.

Таблица 6.4.

Организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.

Статья 11 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия … табака»	
Меры по предупреждению возникновения заболеваний, связанных с воздействием табачного дыма и потреблением табака	1) установление запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;
	2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия;
	3) регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий;
	4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;
	5) установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака;
	6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;
	7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями;
	8) ограничение торговли табачной продукцией и табачными изделиями;
	9) установление запрета: - продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, - потребления табака несовершеннолетними, - вовлечения детей в процесс потребления табака.

Таблица 6.5.

Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма.

Статья 15 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия … табака»	
Информация	1. В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия, профилактики заболеваний, …формирования ответственного отношения к здоровью и отрицательного отношения к потреблению табака осуществляются просвещение населения …которые включают в себя предоставление информации: 1) о преимуществах прекращения потребления табака; 2) об отрицательных медицинских, демографических и социально-экономических последствиях потребления табака; 3) о табачной промышленности.
	2. Просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется в семье, в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, в медицинских организациях, а также работодателями на рабочих местах.
	3. Основные направления и цели просвещения населения определяются в рамках информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака…

Данная регламентация соответствует положениям ст. 16 «Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними» Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в п. 1 которой наряду с прочим предусмотрено, что каждая Сторона принимает и осуществляет эффективные законодательные, исполнительные, административные или иные меры на соответствующем правительственном уровне для запрещения продажи табачных изделий лицам, не достигшим возраста, установленного внутренним законодательством, национальным законодательством, или 18 лет.

Таблица 6.6.

Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

Статья 17 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия …табака»	
Лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации	1. Оказывается медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.
	2. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
	3. Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, оказывается на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.
	4. Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана.

Статья 21 регламентирует осуществление государственного контроля в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. В предыдущем Федеральном законе «Об ограничении курения табака» данный вопрос не регулировался.

В рамках регламентации осуществления государственного контроля в указанной сфере в статье, во-первых, обозначен основной законодательный акт, в соответствии с которым данный государственный контроль осуществляется, и, во-вторых, указаны федеральные органы исполнительной власти, которые осуществляют данный государственный контроль.

7. Нормативно-правовое регулирование продажи и потребления (распития) алкогольной продукции

Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №2128-р одобрена Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. Концепция определила цели, задачи и механизмы реализации государственной политики.

Анализ современной ситуации в РФ, связанный со злоупотреблением алкогольной продукции, показал, что увеличение потребления алкогольной продукции и изменение структуры ее потребления в сторону более крепкой алкогольной продукции происходили из-за отсутствия единых подходов государства к регулированию производства и оборота алкогольной продукции, смещению приоритетов в сферу экономических интересов в ущерб охране здоровья населения.

В России в 1914 - 1917 годах по сравнению с Европой был самый низкий уровень

потребления алкогольной продукции - 0,83 литра абсолютного алкоголя (безводного спирта) в расчете на душу населения, но с середины 1970-х годов началось существенное увеличение ее потребления. К началу 1990-х годов потребление учтенной алкогольной продукции на душу населения составило 5,4 литра абсолютного алкоголя в год, а к 2008 году оно возросло до 10 литров, то есть в 1,8 раза.

По итогам 2016 г. года потребление алкоголя населением немного снизилось, но страна все же вошла в пятерку самых пьющих в мире. Среднестатистический россиянин в год выпивает 15,1 л спиртного. Женщины употребляют наполовину меньше – 7,8 л. Национальный напиток – водка.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, превышение допустимого уровня потребления алкогольной продукции (из расчета 8 литров абсолютного алкоголя (безводного спирта) в год на душу населения) является крайне опасным для здоровья нации и потребление сверх данного предела каждого литра отнимает 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин. Согласно мировой статистике, потребление алкогольной продукции является причиной смерти почти 2 миллионов человек и возникновения 4 процентов болезней во всем мире ежегодно.

В Российской Федерации от случайного отравления алкогольной продукцией умирает более 23 тысяч человек, а от болезней, связанных со злоупотреблением алкогольной продукцией, - более 75 тысяч человек в год. В структуре потребления алкогольной продукции на душу населения в год более половины приходится на водку и ликероводочные изделия.

В Российской Федерации с 1998 года наблюдается ежегодное увеличение производства и продажи слабоалкогольных напитков, включая пиво.

Концепция демографической политики на период до 2025 года, нацеленная на стабилизацию и рост численности населения, планирует повышение общего коэффициента рождаемости в 1,5 раза и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет. Достижение таких показателей невозможно без принятия государством эффективных мер по противодействию злоупотреблению алкогольной продукцией, которое в современной России приводит к преждевременной смерти людей от предотвратимых причин и является одной из основных причин социальной деградации определенной части общества, которая выражается в росте преступности, насилия, сиротства, в ухудшении здоровья, росте инвалидности и случаев суицида.

В состоянии алкогольного опьянения ежегодно совершаются многочисленные преступления - убийства, причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганство, грабежи, разбои, угоны автотранспорта.

Алкоголизм является одной из самых распространенных причин отказа родителей от детей и лишения родительских прав. У воспитанников детских домов достаточно часто наблюдаются признаки алкогольного синдрома плода.

Высокий уровень алкоголизации ведет к тенденции роста количества разводов в семьях и «омоложения» алкоголизма.

Алкогольную продукцию потребляет значительное количество подростков. Раннее приобщение детей и молодежи к алкогольной продукции в несколько раз увеличивает риск развития алкоголизма и насильственной смерти в будущем.

Исследования показывают, что потребление алкоголя подростками снижает их интеллектуальные способности, ухудшает работу головного мозга, негативно влияет на успеваемость. Пьющие молодые люди вредят не только своему образованию, но и своей карьере, профессиональному будущему, в целом национальной экономике.

Прямые и косвенные экономические потери от алкоголизации населения наносят ощутимый вред социально-экономическому развитию страны. К экономическим потерям относятся повышенный уровень смертности, сокращение продолжительности здоровой жизни, утрата трудоспособности, снижение производительности труда, затраты на лечение заболеваний, связанных с алкоголизацией, социальные выплаты государства инвалидам, сиротам, ущерб от пожаров, дорожно-транспортных происшествий, расходы государства на содержание заключенных, на борьбу с преступностью и беспризорностью. Особенно высок уровень смертности среди мужчин 40 - 60 лет, которые в этом возрасте обладают наиболее ценными профессиональными навыками. Их преждевременный уход из жизни наносит ущерб трудовым ресурсам, обладающим

профессиональным опытом, снижает объем инвестиций в человеческий капитал. Алкоголизм назван одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения.

Таким образом, алкоголизм как один из факторов демографического и социального кризиса в России представляет собой общенациональную угрозу на уровне личности, семьи, общества, государства.

Целями реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ являются значительное снижение уровня потребления алкогольных напитков; повышение эффективности системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией; повышение эффективности регулирования алкогольного рынка.

Приоритетные задачи в реализации поставленных целей перечислены в таблице 7.1.

Таблица 7.1.

Приоритетные задачи в реализации целей Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года.

Реализация целей Концепции	
Приоритетные задачи	– создание системы мониторинга и анализа динамики показателей уровня злоупотребления алкогольной продукцией;
	- изменение структуры и уровня потребления населением алкогольной продукции…;
	– переориентирование населения на ведение трезвого и здорового образа жизни;
	– формирование нетерпимости общества к проявлениям злоупотребления алкогольной продукцией;
	– разработка и внедрение программ профилактики злоупотребления алкогольной продукцией и возникновения алкогольной зависимости; информирования населения о негативных последствиях злоупотребления алкогольной продукцией; …;
	– совершенствование организации оказания наркологической медицинской помощи лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией, и больным алкоголизмом;
	– привлечение детей и молодежи к занятиям физической культурой, туризмом и спортом с ориентацией на формирование ценностей здорового образа жизни;
	– организация новых видов отдыха и досуга для молодежи и взрослого населения, исключающих традицию употребления алкогольной продукции;
	– повышение трудовой занятости и мотивации к трудовой деятельности, обеспечение культурного досуга населения, проживающего в малых городах и сельской местности;
	– противодействие нелегальному производству и обороту алкогольной продукции, в том числе путем повышения эффективности регулирования алкогольного рынка;
	– применение ценовых и налоговых мер с целью снижения доступности алкогольной продукции для населения, особенно для молодежи;
	– создание механизмов применения мер социальной ответственности к производителям алкогольной продукции.

Достижение целей базируется на следующих принципах: обеспечение приоритетности защиты жизни и здоровья граждан по отношению к экономическим интересам участников алкогольного рынка; взаимодействие органов государственной власти, общественных организаций и религиозных объединений, представителей бизнеса и граждан, не связанных с алкогольной индустрией; информационная открытость результатов проведения мер, направленных на снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией.

В концепции разработаны меры и механизм реализации поставленных задач.

Концепция будет реализована в 2 этапа. На первом (2010-2012 г. гг.) ужесточены требования к розничной продаже алкоголя, усилена ответственность за нарушения в сфере производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции. Увеличены акцизы и установлены минимальные розничные цены на алкоголь.

На втором этапе (2013 г. – 2020 гг.) уже реализуются программы по формированию традиции здорового образа жизни, развитию спорта и физкультуры. Ведется работа по повышению эффективности профилактики возникновения алкогольной зависимости. В здравоохранении реализуются меры по своевременному выявлению сопутствующих заболеваний.

Одним из индикаторов достижения результатов реализации концепции является уровень потребления алкоголя на душу населения. На втором этапе он должен снизиться на 55%. Кроме того, на втором планируется ликвидировать нелегальный алкогольный рынок, снизить уровень первичной заболеваемости и смертности от алкоголизма, а также смертности, связанной с острым отравлением алкоголем.

В соответствии с положениями Концепции, Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (с изм. и доп., вступ. в силу с 31.03.2017 г.) был существенно изменен и дополнен.

Установлен ряд запретов в области производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции (табл. 7.2).

Таблица 7.2.

ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта…».
Статья 16. Особые требования к розничной продаже
и потреблению (распитию) алкогольной продукции.

Не допускается розничная продажа алкогольной продукции:	
Особые требования к розничной продаже и потреблению (распитию) алкогольной продукции.	– в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта, на прилегающих к ним территориях;
	- в организациях культуры, за исключением розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой организациями, и розничной продажи пива, и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи, осуществляемой индивидуальными предпринимателями, при оказании ими услуг общественного питания;
	– на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения, на остановочных пунктах его движения (в том числе на станциях метрополитена), на автозаправочных станциях;
	– на оптовых и розничных рынках, на вокзалах, в аэропортах, в иных местах массового скопления граждан и местах нахождения источников повышенной опасности, определенных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Указанные ограничения действуют также на прилегающих к таким местам территориях;
	– на объектах военного назначения и на прилегающих к ним территориях;
	– в нестационарных торговых объектах;
	- несовершеннолетним. В случае возникновения …сомнения в достижении покупателем совершеннолетия продавец вправе потребовать у этого покупателя документ, удостоверяющий личность…и позволяющий установить возраст этого покупателя…
	– без сопроводительных документов.

Под государственным регулированием производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции понимается устанавливаемый законодательством и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами режим производства и оборота этилового спирта и

алкогольной продукции. К алкогольной продукции относятся спирт питьевой, водка, ликероводочные изделия, коньяки (бренди), кальвадос, вино виноградное, вино плодово-ягодное и иная пищевая продукция с содержанием этилового спирта, произведенного из пищевого сырья, более 1,5% от объема единицы алкогольной продукции. Под оборотом этилового спирта и алкогольной продукции понимаются их экспорт, импорт, поставки, закупка, оптовая и розничная реализация.

Рассмотрены следующие меры государственного регулирования производства и оборота этилового спирта: лицензирование деятельности по производству и обороту этилового спирта; установление квот на объем экспорта, импорта и закупки этилового спирта; запрет на реализацию этилового спирта в розницу и др.

Главной целью этого закона является создание условий для производителей качественной отечественной винодельческой продукции и введение с 01 января 2015 г. года государственной монополии на производство этилового спирта на территории Российской Федерации.

Законодательное Собрание Краснодарского края 24 мая 2012 г. года приняло Закон Краснодарского края №2497-КЗ (ред. от 10.04.2017 г.) «Об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков».

Этот закон устанавливает организационные и правовые основы профилактики алкоголизма, наркомании, токсикомании и имеет своей целью прекращение роста и уменьшение наркологической заболеваемости населения Краснодарского края и связанных с этим правонарушений.

8. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года

11 ноября 2010 г. Правительство РФ **у**твердило «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года» и рекомендовало органам исполнительной власти субъектов РФ при формировании и осуществлении региональных программ социально-экономического развития учитывать эти положения.

Под государственной политикой Российской Федерации в области здорового питания населения (далее - государственная политика в области здорового питания) понимается комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения.

За последние годы отмечены улучшения в области питания населения за счет изменения структуры потребления пищевых продуктов (увеличения доли мясных и молочных продуктов, фруктов и овощей), разработано свыше 4000 пищевых продуктов, обогащается биологически ценными компонентами до 40 процентов продуктов детского питания, около 2 процентов хлебобулочных изделий и молочных продуктов, а также безалкогольных напитков.

Однако, несмотря на положительные тенденции в питании населения, смертность от хронических болезней, развитие которых в значительной степени связано с алиментарным фактором, остается значительно выше, чем в большинстве европейских стран.

Питание большинства взрослого населения не соответствует принципам здорового питания из-за потребления пищевых продуктов, содержащих большое количество жира животного происхождения и простых углеводов, недостатка в рационе овощей и фруктов, рыбы и морепродуктов, что приводит к росту избыточной массы тела и ожирению, распространенность которых за последние 8-9 лет возросла с 19 до 23 процентов, увеличивая риск развития сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы и других заболеваний.

Значительная часть работающего населения лишена возможности правильно питаться в рабочее время, особенно это касается малых и средних предприятий, что неблагоприятно сказывается на здоровье работающих.

Все это свидетельствует о необходимости развития программ, направленных на оптимизацию питания населения.

Поэтому определены и разработаны основные направления реализации государственной политики в области здорового питания и механизм их реализации (табл. 8.1).

Таблица 8.1.

Механизм реализации государственной политики в области здорового питания.

Реализация государственной политики в области здорового питания:	
Основные направления	1) разработка и принятие технических регламентов, касающихся продуктов питания;
	2) законодательное закрепление усиления ответственности производителя за выпуск не соответствующей установленным требованиям и фальсифицированной пищевой продукции;
	3) разработка национальных стандартов, обеспечивающих соблюдение требований технических регламентов, касающихся пищевых продуктов и продовольственного сырья;
	4) совершенствование механизмов контроля качества производимых на территории РФ и поставляемых из-за рубежа пищевых продуктов и продовольственного сырья;
	5) разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение распространенности заболеваний, связанных с питанием;
	6) законодательное обеспечение условий для инвестиций в производство витаминов, ферментных препаратов для пищевой промышленности, пробиотиков и других пищевых ингредиентов…;
	7) обеспечение приоритетного развития фундаментальных исследований в области современных биотехнологических и нанотехнологических способов получения новых источников пищи …;
	8) разработка и внедрение единых форм государственной статистической отчетности о заболеваемости, связанной с нарушением питания…;
	9) разработка и внедрение программ государственного мониторинга питания и здоровья населения …;
	10) усиление пропаганды здорового питания населения, в том числе с использованием средств массовой информации.

Ожидаемыми результатами реализации государственной политики в области здорового питания являются:

обеспечение 80-95 процентов ресурсов внутреннего рынка основных видов продовольственного сырья и пищевых продуктов за счет продуктов отечественного производства;

увеличение доли производства продуктов массового потребления, обогащенных витаминами и минеральными веществами, включая массовые сорта хлебобулочных изделий, а также молочные продукты, - до 40-50 процентов общего объема производства;

увеличение доли производства молочных и мясных продуктов со сниженным содержанием жира - до 20-30 процентов общего объема производства;

увеличение доли производства отечественного мясного сырья и продуктов его переработки - до 45-50 процентов общего объема производства (в том числе мяса птицы - в 2 раза);

увеличение доли отечественного производства пищевой рыбной продукции, включая консервы, - до 7-8 процентов общего объема производства;

увеличение доли отечественного производства овощей и фруктов, а также продуктов их переработки - до 40-50 процентов общего объема производства (в том числе продуктов органического производства);

достижение уровня обеспечения сбалансированным горячим питанием в организованных коллективах, в том числе трудовых, - не менее 80 процентов лиц, входящих в состав организованных коллективов и т. д.

Контрольные вопросы

1. Назовите стандарты благосостояния человека, приведенные в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года.

2. Охарактеризуйте особенности перехода к инновационному социально ориентированному типу экономического развития России по направлению - развитие человеческого потенциала России, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

3. Назовите основные приоритеты социальной и экономической политики в области развития человеческого потенциала (здравоохранение, образование, культура) на первом этапе (2008 - 2012 г. годы) инновационного развития российской экономики в 2008 - 2020 годах (Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года).

4. Назовите приоритеты социальной и экономической политики в области развития человеческого потенциала (здравоохранение, образование, культура) на втором этапе (2013 г. – 2020 годы) инновационного развития российской экономики в 2008 – 2020 годах (Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года).

5. Охарактеризуйте первое приоритетное направление государственной демографической политики по снижению смертности населения, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

6. Охарактеризуйте второе направление государственной политики народосбережения - сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

7. Что должно стать основой пропаганды здорового образа жизни, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года?

8. Охарактеризуйте третье направление государственной демографической политики и политики народосбережения - повышение уровня рождаемости (в том числе за счет рождения в семьях второго и последующих детей), согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

9. Охарактеризуйте цели государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ.

10. Охарактеризуйте первую задачу по реализации целей развития системы здравоохранения, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 - обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

11. Назовите пути решения задачи по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

12. Назовите пути решения задачи по модернизации системы обязательного медицинского страхования и развитию системы добровольного медицинского страхования, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

13. Назовите пути решения задачи по повышению эффективности системы организации медицинской помощи, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

14. Назовите пути решения задачи по улучшению лекарственного обеспечения граждан, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

15. Назовите пути решения задачи по информатизации системы здравоохранения и развитию медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышения квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

16. Назовите пути решения задачи по совершенствованию системы охраны здоровья населения, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

17. Назовите пути решения задачи по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», Итоги реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» в

Краснодарском крае (Сайт министерства здравоохранения Краснодарского края: minzdravkk.ru).

18. Охарактеризуйте стратегическую цель государственной политики в сфере физической культуры и спорта и реализацию этой цели по направлению - развитие системы массовой физической культуры и спорта, физического воспитания, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

19. Охарактеризуйте целевые ориентиры развития физической культуры и спорта, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

20. Назовите международные и отечественные документы, посвященные борьбе против табака.

21. Дайте общую характеристику Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) - первому в истории договору, принятому под эгидой Всемирной организации здравоохранения.

22. Охарактеризуйте вступительную часть (преамбулу) Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (исходные установки, послужившие поводом для создания этого документа).

23. Перечислите термины, используемые для целей РКБТ ВОЗ.

24. Охарактеризуйте цель и руководящие принципы РКБТ ВОЗ

25. Перечислите ценовые и неценовые меры, указанные в РКБТ ВОЗ, касающиеся сокращению спроса на табак

26. Охарактеризуйте положения статей 11-16РКБТ ВОЗ - Упаковка и маркировка табачных изделий, Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения, Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий и т. д.

27. Охарактеризуйте необходимость принятия и цели Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

28. Охарактеризуйте основные целевые ориентиры и основные принципы реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

29. Назовите Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

30. Охарактеризуйте меры защита от воздействия табачного дыма, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

31. Охарактеризуйте меры по снижению количества вредных веществ в табачных изделиях и информированию потребителей табака, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

32. Охарактеризуйте вопросы просвещения и информирования населения о вреде потребления табака, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

33. Проанализируйте проблемы организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы.

34. В чем должно состоять предотвращение незаконной торговли табачными изделиями, согласно Концепции осуществления государственной политики противодействия, потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы?

35. Что подразумевает недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними, согласно Концепции осуществления государственной политики противодействия, потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы?

36. Укажите, какие мероприятий по реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 г. годы, согласно плану, осуществлены в настоящее время.

37. Дайте определение основным понятиям, используемым в ФЗ от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

38. Назовите основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, указанные в ст. 4 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака».

39. Охарактеризуйте полномочия органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, указанные в ст. 5-7ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака».

40. Охарактеризуйте права и обязанности граждан и юридических лиц в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, согласно ст. 9 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака».

41. Охарактеризуйте статью 11 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака

42. Где допускает закон курение табака и при каких условиях?

43. Охарактеризуйте статью 15 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма.

44. Перечислите запреты, касающиеся рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака (ст. 16 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака»).

45. Охарактеризуйте статью 17 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

46. В чем заключаются обязанности лечащего врача при оказании гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака? (ст. 17 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака»)?

47. Приведите положения статьи 20 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Запрет продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака.

48. Охарактеризуйте приказ № 1216/1 Министерства здравоохранения КК от 26 апреля 2011 г. года (с изм. от 26.06.2013 г.) «О запрете курения табака в учреждениях здравоохранения Краснодарского края». Где будет разрешено курить медицинскому работнику без последствий?

49. Перечислите деяния, нарушающие ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака», предусмотренные статьями 6.23; 6.24; 6.25 КоАП РФ 2014 г., влекущие административную ответственность.

50. Перечислите товары, реклама которых не допускается (часть 2 статьи 7 ФЗ «О рекламе»).

51. Проанализируйте причины чрезмерного употребления алкоголя в России.

52. Охарактеризуйте современную ситуацию в Российской Федерации, связанную со злоупотреблением алкогольной продукцией, приведенную в «Концепции реализации государственной политики по ... профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.».

53. Перечислите цели и задачи реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации.

54. Назовите основные этапы и охарактеризуйте ожидаемые результаты реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ.

55. Проанализируйте показатели рейтинга стран мира по уровню потребления алкоголя за 2014 г. год. Какие выводы Вы можете сделать в отношении России?

56. Приведите запреты на продажу алкоголя, установленные современным законодательством.

57. Дайте определение понятию «государственная политика в области здорового питания». Охарактеризуйте цели и задачи государственной политики в области здорового питания.

ТЕМА: ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

Цель: изучение специфики правого регулирования проведения медицинских экспертиз и медицинского освидетельствования.

План

1. Медицинская экспертиза и освидетельствование. Понятие и виды.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности.
3. Медико-социальная экспертиза.
4. Военно-врачебная экспертиза.
5. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы.
6. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией.
7. Экспертиза качества медицинской помощи.
8. Медицинское освидетельствование, виды, правовое обеспечение, особенности.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (в ред. от 03.07.2016 г. № 286-ФЗ) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Леонтьев О. В. Законодательство России о здравоохранении: учеб. пособ. / О. В. Леонтьев, С. Л. Плавинский. - СПб.: СпецЛит, 2013 г. - 64 с. (С. 45-51).
4. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

Дополнительная

1. Федеральный закон от 2.06.1992 № 3185-1 (ред. от 03.07.2016 г. № 227-ФЗ) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 06.12.2011 г., с изм. от 14.10.2014 г.) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 15.07.1995 № 103-ФЗ (ред. от 28.12.2016 г.) «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».
4. Приказы Минздравсоцразвития России: от 24.04.2008 г. № 194-н; от 12.05.2010 г. № 346н; от 29.06.2011 г. № 624н; от 26.04.2011 г. № 347н; от 12.04.2011 г. № 302н; от 05.05.2012 г. № 502н.
5. Приказы Минздрава РФ: от 05.05.2016 г. № 282н; от 23.08.2016 г. № 625н; от 12.01.2017 г. № 3н; от 10.05.2017 г. №203н.
6. Приказ Минтруда России от 11.10.2012 г. № 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».
7. Постановления Правительства РФ: от 6.02.2004 г. № 54; от 17.08.2007 г. № 522; от 28.07.2008 г. № 574; от 26.06.2008 г. № 475; от 14.01.2011 г. № 322.
8. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 5.04.2012 г. № 14-5/10/2-3374 «О проведении психиатрического освидетельствования, дополнительных функциональных исследований, освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием»
9. Александрова О.Ю. Медицинское освидетельствование при состояниях, связанных с употреблением алкоголя: соблюдение прав граждан // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2015 г., № 8. - С.80-92
10. Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. – 672 с.

1. Медицинская экспертиза и освидетельствование. Понятие и виды

В настоящее время в российском законодательстве в особую группу выделены нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы организации и проведения медицинских экспертиз и освидетельствований. В Законе об охране здоровья содержится специальный раздел 7 - «Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование».

Экспертиза (происходит от латинского expertus – опытный) – это исследование определенных объектов экспертами для решения вопросов, требующих специальных познаний в науке технике, искусстве, ремесле.

Статья 58 Закона об охране здоровья определяет медицинскую экспертизу как «проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина».

В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

1) экспертиза временной нетрудоспособности;

2) медико-социальная экспертиза;

3) военно-врачебная экспертиза;

4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;

5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;

6) экспертиза качества медицинской помощи.

Исходя из целей и задач, медицинские экспертизы можно разделить на три группы:

1) экспертиза трудоспособности и профессиональной пригодности - включает в себя экспертизу временной нетрудоспособности, медико-социальную и военно-врачебную экспертизы;

2) медицинская экспертиза как средство доказывания – к ней относятся судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;

3) экспертиза качества медицинской помощи.

Классификация медицинских экспертиз может быть проведена в зависимости от учреждений или лиц, ее осуществляющих. По этому критерию можно выделить:

1) официальную - проводится специально уполномоченными государственными учреждениями, ее заключения имеют безусловное юридическое значение.

2) независимую медицинскую экспертизу.

Статья 58 Закона об охране здоровья предусматривает возможность проведения независимой экспертизы в случае, если гражданин не согласен с заключением официальной медицинской экспертизы (п.3): «Граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации».

Положение о независимой медицинской экспертизе не утверждено до сих пор, поэтому она пока не получила развития. В настоящее время в качестве независимой регламентируется только военно-врачебная экспертиза.

Статья 65 Закона об охране здоровья дает определение медицинскому освидетельствованию и его видам: «Медицинское освидетельствование лица представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий. Видами медицинского освидетельствования являются:

1) освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);

2) психиатрическое освидетельствование:

3) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;

4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

5) иные виды медицинского освидетельствования…».

2. Экспертиза временной нетрудоспособности

Различают два вида нетрудоспособности – временную и стойкую.

В Законе об охране здоровья статья 59 посвящена экспертизе временной нетрудоспособности граждан (табл. 2.1), которая является одним из важнейших направлений работы лечебной организации. Стойкую утрату трудоспособности регламентирует медико-социальная экспертиза.

Статья 59 Закона об охране здоровья внесла существенные изменения в привычный, установленный ранее действовавшим законом порядок проведения данной экспертизы. Субъектом (экспертом) является лечащий врач, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до *пятнадцати календарных дней* включительно, а в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, экспертом может быть фельдшер либо зубной врач, которые единолично выдают листок нетрудоспособности на срок до десяти календарных дней включительно (п. 2 ст. 59). Таким образом, значительно сократился (с 30 до 15 дней) срок единоличной выдачи листка нетрудоспособности лечащим врачом.

Таблица 2.1.

Цели и основания экспертизы временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности	
Цели	1) определение способности работника осуществлять трудовую деятельность;
	2) определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
	3) принятие решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.
Основания	1) в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности;
	2) в связи с долечиванием в санаторно-курортных организациях;
	3) при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином;
	4) на время протезирования в стационарных условиях;
	5) в связи с беременностью и родами;
	6) при усыновлении ребенка.

В таблице 2.2 перечислены основные законодательные и нормативно-правовые акты, устанавливающих порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» с изменениями и дополнениями от: 24 января 2012 г. и Приказ Минздрава РФ № 625н от 23.08.2016 г. года «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности» дан перечень медицинских работников, которые имеют право выдавать больничный лист и тех специалистов, которые не имеют такого права (табл. 2.3).

Так же приказ № 624н конкретизирует положения статьи 59 ФЗ «Закона об охране здоровья…» и уточняет – кому выдается листок нетрудоспособности (табл. 2.4).

Продление листка нетрудоспособности на срок больший срок более чем пятнадцать календарных дней осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Необходимо отметить, что ст. 59 «Закона об охране здоровья…» также требует от руководителей медицинских организаций пересмотреть состав врачебной комиссии и исключить из нее тех специалистов, которые не имеют специальной подготовки по экспертизе временной нетрудоспособности в объеме, предусмотренном действующим законодательством (не менее 72 ч.), либо провести срочное обучение указанных членов врачебной комиссии на циклах тематического усовершенствования.

Таблица 2.2.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные документы	Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности»; Приказ Минздрава РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»; Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 г. № 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»; Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; Приказ Минздрава России от 21.05.2002 № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»; Приказ Минздрава России, Минюста России и ФСС России от 14.07.2003 № 316/185/180 «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, и выдачи им документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность».

Таблица 2.3.

Субъекты экспертизы временной нетрудоспособности

Листок нетрудоспособности	
Выдают	1) медицинские работники, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности: 2) лечащие врачи медицинских организаций; 3) фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций - в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 4) лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения.
Не выдают	1) медицинские работники; 2) организаций скорой медицинской помощи; 3) организаций переливания крови; 4) приемных отделений больничных учреждений; 5) бальнеологических лечебниц и грязелечебниц; 6) медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы); 7) учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Статья 49 Закона об охране здоровья – «Врачебная комиссия и консилиум врачей», детализирована Приказом Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (табл. 2.5).

Таблица 2.4.

Выдача листка нетрудоспособности

Листок нетрудоспособности	
Выдается застрахованным лицам:	1) работающим по трудовым договорам; 2) государственным гражданским служащим, муниципальным служащим; 3) лицам, замещающим государственные должности РФ и субъекта РФ, …; 4) священнослужителям; 5) адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями…уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования РФ; 6) иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию…при условии уплаты ими или за них страховых взносов в Фонд социального страхования РФ; 7) лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору… 8) Листок нетрудоспособности выдается также: 9) женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций, в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, …, у которых беременность наступила в течение 12 месяцев до признания их в установленном порядке безработными; 10) гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в государственных учреждениях службы занятости населения, в случае заболевания, травмы, отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей трудоспособности, на время протезирования в условиях стационара, беременности и родов, при усыновлении ребенка;…
Не выдается гражданам:	1) обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности; 2) проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов; 3) находящимся под стражей или административным арестом; 4) проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии; 5) с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях; 6) учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, и учреждений послевузовского профессионального образования

Выписка из протокола решения врачебной комиссии выдается на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

В Приказе № 624н подробно расписан порядка выдачи листков нетрудоспособности по уходу (табл. 2.6).

Гражданин вправе получить листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи. Медработник выдает листок одному из членов семьи, который фактически будет ухаживать за больным, — опекуну, попечителю, иному родственнику. У врачей-педиатров, когда они выдают документ матери по уходу за ребенком в возрасте до 7 лет при амбулаторном лечении, могут возникать ситуации, связанные с нарушением режима. Например, пациент не посетил врача, но в этом виноват член семьи, которому врач специально выдал документ по уходу.

Таблица 2.5.

Врачебная комиссия медицинской организации

Основные функции врачебной комиссии	1) принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
	2) определение трудоспособности граждан;
	3) продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;
	4) принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством РФ;
	5) проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;
	6) оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
	7) изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;
	8) проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи…
	9) осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений…;
	10) вынесение медицинского заключения о том, что при изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора его здоровью не будет причинен значительный вред;
	11) рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации.

Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим. В противном случае они получат пособие по временной нетрудоспособности в меньшем размере.

Минздрав России издал Приказ № 625н от 23.08.2016 г. года «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности», которым включил в листок нетрудоспособности строку «Отметки о нарушении режима». В ней лечащий врач указывает двухзначный код:

«23» — несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача;

«24» — несвоевременная явка на прием к врачу;

«25» — выход на работу без выписки;

«26» — отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы;

«27» — несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы;

«28» — другие нарушения.

Указав код, в строке «Дата» врач должен отметить дату нарушения, а в поле «Подпись врача» расписаться.

Если пациент нарушил предписанный врачом режим, Фонд социального страхования России не оплатит ему нетрудоспособность в полном объеме. Это требование законодательства

об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, а именно ФЗ РФ от 29.12.2006 № 255-ФЗ (ред. от 01.01.2017 г.) «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

Таблица 2.6.

Регламентация порядка выдачи листков нетрудоспособности по уходу

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи	
Выдается медицинским работником	одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход за ребенком в возрасте до 7 лет: При амбулаторном или стационарном лечении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания; В возрасте от 7 до 15 лет: При амбулаторном или стационарном лечении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока; ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет: при амбулаторном или стационарном лечении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания; Детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, - на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении; Детьми в возрасте до 15 лет: - при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями - на весь период амбулаторного или стационарном лечения;- проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей - на все время болезни;- страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей - на все время болезни; Старше15 лет: при амбулаторном лечении - на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии - до 7 дней по каждому случаю заболевания.
Не выдается	По уходу: - за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении; - за хроническими больными в период ремиссии;- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;- в период отпуска по беременности и родам; - в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

Согласно статье 8 данного Закона, нарушение режима — законное основание снизить размер пособия по временной нетрудоспособности. Таких оснований несколько: застрахованный в период временной нетрудоспособности без уважительных причин нарушил режим, предписанный лечащим врачом; пациент без уважительных причин не явился в назначенный срок на врачебный осмотр или медико-социальную экспертизу; пациент заболел или получил травму вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с опьянением.

Когда застрахованный без уважительных причин не явился в назначенный срок на врачебный осмотр врач вправе сделать отметку о нарушении режима в листке по уходу за больным, если пациент пропустил плановый прием по вине ухаживающего лица.

Одной из основных функций врачебной комиссии следует считать принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Следует обратить внимание на п. 4 ст. 59 Закона об охране здоровья, который определяет сроки направления пациентов на МСЭ в зависимости от оценки клинического и трудового прогноза (табл. 2.7). В предыдущем законе подобного экспертного норматива не было.

Эта норма весьма актуальна как для лечащих врачей, так и для врачебной комиссии. Она четко определяет тактику принятия экспертного решения в отношении проблемных больных с сомнительным или неблагоприятным прогнозом, которые отказываются от прохождения освидетельствования в бюро МСЭ, но при этом требуют продления листка нетрудоспособности на неопределенно продолжительный срок, создавая конфликтные ситуации в лечебной организации.

Таблица 2.7.

Сроки направления на медико-социальную экспертизу

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:
1) очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
2) благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью;
3) необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.
Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.
При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или регистрации документов в учреждении МСЭ; сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее десяти месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу.

При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее *десяти месяцев* от даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и *не позднее двенадцати месяцев* при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу.

Фонд социального страхования Российской Федерации в целях оценки обоснованности расходования средств обязательного социального страхования на выплату пособий по временной нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, вправе осуществлять проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности.

Пункт 5 ст. 59 Закона об охране здоровья гласит, что при оформлении листка нетрудоспособности в целях соблюдения врачебной тайны указывается только причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). По письменному заявлению гражданина в листок нетрудоспособности могут вноситься сведения о диагнозе заболевания.

При этом следует обратить внимание на противоречие между Законом об охране здоровья и подзаконными документами – приказом Минздравсоцразвития России от 29 июня 2011 г. № 624н (с изм. и доп. от 2 июля 2014 г.) «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» и приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 г. № 347н «Об утверждении формы бланка

листка нетрудоспособности». Бланк листка нетрудоспособности уже давно не содержит графы «Диагноз» (с 16 марта 2007 г.), что противоречит статье 59.

Иными словами, если гражданин пожелает, чтобы лечащий врач указал в листке нетрудоспособности диагноз его заболевания, вносить диагноз будет некуда ввиду отсутствия подобной графы. Если, выполняя законное требование пациента, врач все-таки найдет свободное место для написания диагноза, работодатель может не принять такой бланк к оплате, поскольку он оформлен с нарушением правил (непредусмотренная запись), хотя и в соответствии с Законом. Медицинской организации придется доказывать работодателю правомерность внесенных записей.

3. Медико-социальная экспертиза, цели, основания, субъекты

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности регламентируется статьей 60 Закона об охране здоровья - «Медико-социальная экспертиза», которая проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальной защите инвалидов.

Цель - определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию (вид, объем сроки, рекомендации по трудоустройству), на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Основания - установление причин и группы инвалидности, степени утраты трудоспособности гражданина. В таблице 3.1 приведены основные нормативные акты, регламентирующие проведение медико-социальной экспертизы.

Таблица 3.1.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения медико-социальной экспертизы

	Медико-социальная экспертиза ст. 60 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
Нормативные акты	Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 07.03.2017 г.) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; Приказ Минтруда России от 11.10.2012 г. № 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» Постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 (ред. от 10.08.2016 г.) «О порядке и условиях признания лица инвалидом»; Приказ Минтруда России от 13.04.2015 г. № 228н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления»; Приказ Минтруда России от 29.01.2014 г. № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы»; Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»; Приказ Минтруда России от 29.11.2015 г. № 1171н «Об утверждении формы протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы»;
Нормативные акты	Приказ Минздравсоцразвития России от 24.11.2010 № 1031н (ред. от 17.06.2013 г.) «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления» (вместе с «Порядком составления форм справки, подтверждающей факт установления инвалидности и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»).

Субъектом данного вида экспертизы являются федеральные учреждения медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения, к которым относятся Федеральное бюро, главные бюро по соответствующему субъекту Российской Федерации, имеющие филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (бюро МСЭ).

Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) — это специализированное государственное учреждение, созданное для юридической фиксации ограничений в трудоспособности. Речь может идти о различной степени нетрудоспособности. Например, медико-социальная экспертиза необходима для установления факта инвалидности и присвоения группы, для выявление частичной или полной нетрудоспособности, для оформления документов в случаях получения травм. Часто экспертиза проводится в рамках подготовки судебных материалов, например, для установления факта наличия травмы при ДТП.

Деятельность федеральных учреждений медико-социальной экспертизы осуществляется в соответствии с Приказом Минтруда России от 11.10.2012 г. № 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» (табл. 3.2).

Таблица 3.2.

Функции бюро медико-социальной экспертизы

Бюро медико-социальной экспертизы выполняет следующие функции:
1) проводит медико-социальную экспертизу граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;
2) разрабатывает индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
3) устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности;
4) определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
5) определяет стойкую утрату трудоспособности;
6) определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и разрабатывает программы реабилитации;
7) определяет причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы…
8) определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя граждан, призываемых на военную службу (военнослужащих, проходящих военную службу по контракту);
9) дает гражданам, проходящим медико-социальную экспертизу, разъяснения по вопросам медико-социальной экспертизы;
10) участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
11) формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу; осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;
12) представляет в военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и граждан призывного возраста.

Основными задачами федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы являются: установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности и определения потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию; изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.

Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) - не менее 3 специалистов. Состав специалистов формируется из врачей по медико-социальной экспертизе, психологов, специалистов по реабилитации. Обязательным условием является наличие не менее 1 врача по медико-социальной экспертизе.

При необходимости в состав специалистов дополняется специалистом по социальной работе.

4. Военно-врачебная экспертиза

Статья 61 Закона об охране здоровья посвящена вопросам военно-врачебной экспертизы. Определены цели, основания (табл. 4.1), требования к состоянию здоровья и право граждан на независимую военно-врачебную экспертизу.

Таблица 4.1.

Цели и основания военно-врачебной экспертизы

	Военно-врачебная экспертиза
Цели	1) определения годности к военной службе (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью); 2) установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы);
Основания	3) решения других вопросов, предусмотренных законодательством РФ. Проведение медицинского обследования и медицинского освидетельствования граждан: - при постановке на воинский учет, - призыве на военную службу, - поступлении на военную службу по контракту, - поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, - призыве на военные сборы, - граждан, ранее признанных ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья, - граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу и др.

В таблице 4.2 приведены основные нормативные акты, регламентирующие проведение военно-врачебной экспертизы.

Экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперт либо члены экспертной комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, проводивших военно-врачебную экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой военно-врачебной экспертизы.

При проведении независимой военно-врачебной экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

Таблица 4.2.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения военно-врачебной экспертизы

Военно-врачебная экспертиза ст. 62 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Федеральный закон от 28.03.1998 г. № 53-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «О воинской обязанности и военной службе»; Федеральный закон от 30.11.2011 г. № 342-ФЗ (ред. от 03.04.2017 г.) «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»; Федеральный закон от 21.07.1997 г. № 118-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «О судебных приставах»; Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 (ред. от 03.0 7.2016 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (п. 7, ст. 23). Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 30.03.2017 г.) «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе»; Постановление Правительства РФ от 28.07.2008 г. № 574 (ред. от 29.12.2016 г.) «Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе»; Приказ Министра обороны Российской Федерации № 240, Министерства здравоохранения Российской Федерации № 168 от 23.05.2001 г. (ред. от 11.10.2010) «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе»; Приказ Министра обороны Российской Федерации от 02.10.2007 г. № 400 (ред. от 29.06.2012 г.) «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2006 г. № 663»; Приказ Федеральной таможенной службы России от 30.12.2013 г. № 2460 (ред. от 18.03.2015 г.) «Об утверждении Требований к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в таможенные органы по контракту, сотрудников таможенных органов и граждан, прошедших службу в таможенных органах Российской Федерации»; Приказ Министра обороны Российской Федерации от 20.10.2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы».
Нормативные акты	Приказ ФСБ России от 29.01.2015 г. № 39 «Об утверждении Требований к состоянию здоровья граждан, поступающих на военную службу по контракту в органы федеральной службы безопасности, военнослужащих органов федеральной службы безопасности, проходящих военную службу по контракту, к видам служебной деятельности, Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан, поступающих на военную службу по контракту в органы федеральной службы безопасности, военнослужащих органов федеральной службы безопасности, проходящих военную службу по контракту, прохождение военной службы которых связано с особыми условиями, и членов их семей, граждан и военнослужащих, поступающих в образовательные организации ФСБ России, и перечней дополнительных обязательных диагностических исследований».

Подзаконными актами проведения данного вида экспертизы являются: Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 30.03.2017 г.) «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе» и Постановление Правительства РФ от 28.07.2008 № 574 (ред. от 29.12.2016 г.) «Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе» (табл. 4.3-4.4).

По результатам независимой военно-врачебной экспертизы военно-врачебная комиссия назначает проведение контрольного обследования и повторного освидетельствования если

заключение независимой военно-врачебной экспертизы не совпадает по своим выводам с заключением военно-врачебной комиссии.

Военный комиссар (начальник отдела военного комиссариата) при получении заключения независимой военно-врачебной экспертизы приобщает его к личному делу призывника и в рамках работы призывной комиссии или комиссии по постановке граждан на воинский учет направляет гражданина в соответствующую комиссию для повторного освидетельствования, если заключение независимой военно-врачебной экспертизы не совпадает по своим выводам с заключением освидетельствования гражданина, проведенного в рамках работы призывной комиссии или комиссии по постановке граждан на воинский учет.

Таблица 4.3.

Права граждан при производстве независимой военно-врачебной экспертизы

Гражданин при производстве независимой экспертизы имеет право:
1) выбора экспертного учреждения и экспертов;
2) знакомиться с материалами независимой экспертизы;
3) задавать эксперту вопросы, относящиеся к предмету независимой экспертизы;
4) письменно отказаться от проведения независимой экспертизы, медицинского вмешательства, что фиксируется в медицинской документации соответствующим врачом-специалистом с приложением письменного заявления гражданина;
5) получать по письменному заявлению копии протоколов заседаний комиссии.

Таблица 4.4.

Права и обязанности эксперта при производстве независимой военно-врачебной экспертизы

Права и обязанности эксперта	
Эксперт имеет право	а) назначать гражданину необходимые исследования и обследования; б) знакомиться со всеми полученными экспертным учреждением документами, относящимися к производству независимой экспертизы; в) ставить вопросы перед председателем комиссии о необходимости получения дополнительных документов, о проведении не предусмотренных договором дополнительных медицинских обследований или о прекращении проведения независимой экспертизы; г) оформлять особое мнение в случае несогласия с заключением комиссии.
Эксперт обязан	а) проводить медицинский осмотр гражданина, исследовать и осуществлять всесторонний объективный анализ представленных; б) обеспечивать объективность и обоснованность выводов своего заключения; в) соблюдать установленные порядок и сроки проведения независимой экспертизы; г) обеспечивать сохранность полученных документов, и конфиденциальность сведений, полученных при проведении независимой экспертизы; д) давать разъяснения по поводу своих назначений и заключения.

5. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы, цели, правовая основа

Статья 62 Закона об охране здоровья определяет цели судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы и указывает, что порядок проведения этих видов экспертиз и порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливаются

уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, т. е. содержит отсыл к соответствующим подзаконным актам (табл. 5.1, 5.2, 5.3).

Таблица 5.1.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы ст. 62 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 08.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 17.04.2017 г., с изм. от 11.05.2017 г.); Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 06.12.2011 г., с изм. от 14.10.2014 г.) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»; Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011 г.), «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»; Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012 г.) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»; Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». Приказ Минздрава России от 12.08.2003 № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе».

Таблица 5.2.

Объекты и субъекты судебно-медицинской экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза	
Объекты:	- живое лицо, - труп (его части), - материалы дела и медицинские документы, предоставленные в распоряжение эксперта в установленном порядке. Медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные о характере повреждений и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые для проведения экспертизы.
Субъекты:	- врач - судебно-медицинский эксперт медицинского учреждения, - индивидуальный предприниматель, обладающий специальными знаниями и имеющий лицензию на осуществление работ (услуг) по судебно-медицинской экспертизе. В случае необходимости к проведению экспертизы привлекаются врачи-специалисты организаций, в которых имеются условия для проведения специальных медицинских обследований.

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством РФ о государственной судебно-экспертной деятельности.

Правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве определяет ФЗ от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ (ред. от 06.12.2011 г., с изм. от 14.10.2014 г.) «О

государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Кроме того, **о**собое значение при производстве судебно-медицинской и судебно-психиатрической имеют ГПК и УПК РФ, кодекс РФ об административных правонарушениях.

Таблица 5.3.

Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

<table>
<tr><td rowspan="2">Понятие</td><td colspan="3">Степень тяжести</td></tr>
<tr><td>тяжкий вред</td><td>средней тяжести</td><td>легкий вред</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">квалифицирующие признаки</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.</td><td>- вред, опасный для жизни человека;
- потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;
- прерывание беременности;
психическое расстройство;
заболевание наркоманией либо токсикоманией;
- неизгладимое обезображивание лица;
- значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;</td><td>- длительное расстройство здоровья; - значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;</td><td>- кратковременное расстройство здоровья;
- незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.</td></tr>
<tr><td colspan="3">При определении степени тяжести вреда, повлекшего за собой психическое расстройство и (или) заболевание наркоманией либо токсикоманией, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача-психиатра и (или) врача-нарколога либо врача-токсиколога.</td></tr>
<tr><td colspan="3">При определении степени тяжести вреда, повлекшего прерывание беременности, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача акушера-гинеколога.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Степень тяжести вреда, выразившееся в неизгладимом обезображивании лица, определяется судом. Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости указанного повреждения.</td></tr>
</table>

Государственная судебно-медицинская экспертиза проводится государственными судебно-экспертными учреждениями и государственными судебными экспертами. Основными поводами для производства судебно-медицинской экспертизы являются: установление причины смерти, характера и степени тяжести причиненного вреда здоровью, определении возраста.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12 мая 2010 г. № 346н утвержден Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях.

Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека установлен Постановлением Правительства РФ № 522 от 17.08.07 г. (ред. от 17.11.2011 г.), «Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» и Приказом МЗ и СР РФ от 24.04.2008 г. № 194-н (ред. от 18.01.2012 г.) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы регламентирован Приказом Минздрава России от 12.01.2017 г. № 3н «Об утверждении порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы».

Экспертиза производится для органов дознания, предварительного следствия и судов.

Организация проведения экспертизы в отделении судебно-психиатрической экспертизы государственного психиатрического учреждения возлагается на руководителя этого учреждения.

В производстве экспертизы живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь. Указанное ограничение действует также при производстве судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредственного обследования лица.

Основаниями производства экспертизы является постановление или определение суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы. При назначении стационарной экспертизы помещение в психиатрический стационар (стационарное отделение) подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, допускается только на основании судебного решения. Общий срок пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) при производстве одной экспертизы не может превышать 90 дней.

6. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией

Статья 63 Закона об охране здоровья - Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (табл. 6.1), тесно связана с положениями статьи 46 - «Медицинские осмотры, диспансеризация», так как тоже представляют собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Экспертиза профессиональной пригодности — вид медицинской экспертизы, в ходе которой путем освидетельствования лица, принимаемого на работу с неблагоприятными условиями труда либо уже занятого на работе в таких условиях, изучения его медицинских документов и проведения регламентированных и, при необходимости, дополнительных обследований, выносится заключение о возможности дальнейшей работы (допуск к профессиональной деятельности).

Порядок проведения экспертизы профессиональной пригодности, форма медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ, а также порядок проведения экспертизы связи заболевания с профессией и форма медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (табл. 6.2).

Таблица 6.1.

Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией

Вид	Цель	Субъекты
Экспертиза профессиональной пригодности	Определение соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ.	Врачебная комиссия медицинской организации с привлечением врачей-специалистов по результатам предварительных медицинских осмотров и периодических медицинских осмотров. По результатам экспертизы профессиональной пригодности врачебная комиссия выносит медицинское заключение о пригодности или непригодности работника к выполнению отдельных видов работ.
Экспертиза связи заболевания с профессией	Установление причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью	Специализированная медицинская организация или специализированное структурное подразделение медицинской организации в области профессиональной патологии при выявлении профессионального заболевания. По результатам экспертизы связи заболевания с профессией выносится медицинское заключение о наличии или об отсутствии профессионального заболевания.

Таблица 6.2.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз

Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией ст. 63 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ (ред. от 28.12.2016 г.) «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»; Постановление Правительства Российской Федерации от 15.12.2000 № 967 (ред. от 24.12.2014 г.) «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний»; Приказ Минздрава России от 28.05.2001 № 176 (ред. от 15.08.201) «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации»; Приказ Минздрава России от 05.05.2016 г. № 282н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ».
Нормативные акты	Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н (ред. от 05.12.2014 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»; Приказ Минздрава России от 13.11.2012 г. № 911н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»; Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Приказ Минздравсоцразвития России от 27.04.2012 г. № 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний»; Приказ Минздрава России от 28.05.2001 № 176 (ред. от 15.08.2011 г.) «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации».

В настоящее время чаще всего применяются Приказ МЗ РФ от 5 мая 2016 г. № 282н «Об утверждении порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ» и Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н (ред. от 05.12.2014 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

7. Экспертиза качества медицинской помощи

Экспертиза качества медицинской помощи регламентируется статьей 64 Закона об охране здоровья. Данный вид экспертизы проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии оценки качества медицинской помощи должны формироваться по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков, стандартов и клинических рекомендаций оказания медицинской помощи.

Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. от 03.07.2016 г. № 286-ФЗ) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ФЗ «Об ОМС…») в главе 9 указывает, что Федеральный фонд ОМС устанавливает порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Согласно статье 40 ФЗ «Об ОМС…», контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом является врач - специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту из числа включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

Статья 41 ФЗ «Об ОМС…» определяет порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

С 01.07. 2017 г. года вступает в силу Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», а действовавший Приказ Минздрава России от 15.07.2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» отменен. В новом приказе сохранены вся общая часть и критерии качества в амбулаторных и стационарных условиях, а также внесены дополнения — новые перечни критериев по группам заболеваний и условиям оказания медицинской помощи (новообразования - 29 подгрупп, специализированная медицинская помощь взрослым при психических расстройствах - 8 подгрупп и др.). Таким образом, список заболеваний, по которым применяются новые критерии стал шире.

В таблице 7.1 представлены нормативные акты, регламентирующие экспертизы качества медицинской помощи.

Таблица 7.1.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (в ред. от 03.07.2016 г. № 286-ФЗ) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

8. Медицинское освидетельствование

Статья 65 Закона об охране здоровья перечисляет основные и иные виды медицинского освидетельствования, первым из которых называет освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) – таблица 8.1.

Таблица 8.1.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

Освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Ст. 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Федеральный закон от 08.01.1998 №3-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «О наркотических средствах и психотропных веществах»; Постановление Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 № 475 (ред. от 10.09.2016 г.) «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинского освидетельствования этого лица на состояние опьянения и оформления его результатов и Правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством»; Приказ Минздрава России от 15.06.2015 г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)»; Приказ Минздрава России от 18.12.2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»; Приказ Минздрава России от 14.07.2003 № 308 (ред. от 18.12.2015 г.) «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения»; Приказ Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 № 40 (действующая редакция) «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».

Освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) регламентируется, в основном, Постановлением Правительства РФ от 26 июня 2008 г. № 475 (ред. от 10.09.2016 г.) «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинского освидетельствования этого лица на состояние опьянения и оформления его результатов и Правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством».

Психиатрическое освидетельствование и освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством проводится в соответствии со ст. 23 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июня 1992 года №3185-1 (ред. от 03.07.2016 г. № 227-ФЗ) и Письмом Минздравсоцразвития от 5.04.2012 г. № 14-5/10/2-3374 «О проведении психиатрического освидетельствования, дополнительных функциональных исследований, освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием».

В статье 23 Закона о психиатрической помощи указано, что «Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи».

В таблице 8.2 представлены нормативные документы, регламентирующие психиатрическое освидетельствование.

Таблица 8.2.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения психиатрического освидетельствования

Психиатрическое освидетельствование. Ст. 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 03.07.2016 г. № 227-ФЗ) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 г. № 377 (ред. от 23.09.2002) «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (вместе с «Перечнем медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности»); Постановление Правительства Российской Федерации от 23.09.2002 № 695 (ред. от 25.03.2013 г.) «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности».

В таблице 8.3 представлены нормативные документы, регламентирующие освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

Освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием посвящен Приказ Минздрава РФ от 30.06.2016 г. № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов».

Таблица 8.3.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством

Освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством (ст.65 Закона об охране здоровья)	
Нормативные акты	Федеральный закон от 10.12.1995 № 196-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) «О безопасности дорожного движения»; Постановление Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 № 475 (ред. от 10.09.2016 г.) «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинского освидетельствования этого лица на состояние опьянения и оформления его результатов и Правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством»;

Продолжение табл. 8.3.

Нормативные акты	Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 г. №1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством»; Приказ Минздрава России от 15.06.2015 г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)» (вместе с «Порядком проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)», «Порядком выдачи медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами»); Приказ Минздрава СССР от 29.09.1989 № 555 (ред. от 12.04.2011 г.) «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств»; Приказ Минздрава России от 15.06.2015 г. № 342н «Об утверждении порядка направления на внеочередное обязательное медицинское освидетельствование водителей транспортных средств, а также порядка приостановления действия и аннулирования медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами».

В таблице 8.4 представлены нормативные документы, регламентирующие освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

Таблица 8.4.

Перечень основных законодательных и нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок проведения освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием

Освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием ст. 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Нормативные акты	Приказ Минздрава России 30.06.2016 г. № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов».

Иные виды медицинского освидетельствования регламентируют множество документов, как например, Постановление Правительства РФ от 6.02.2004 г. № 54 (ред. от 24.09.2012 г.) «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью»; Постановление Правительства РФ от 14 января 2011 г. № 3 (ред. от 04.09.2012 г.) «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» и др. (табл. 8.5).

Таблица 8.5.

Иные виды медицинского освидетельствования,
установленные законодательством Российской Федерации

Вид медицинского освидетельствования	Нормативные акты
Медицинское освидетельствование кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители	Приказ Минздрава России от 18.06.2014 г. № 290н «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также формы заключения о результатах медицинского освидетельствования таких граждан».
Медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции	Федеральный закон от 30.03.1995 № 38 (ред. от 23.05.2016 г.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; Постановление Правительства Российской Федерации от 04.09.1995 г. № 877 «Об утверждении Перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров»; Постановление Правительства Российской Федерации от 13.10.1995 г. № 1017 (ред. от 04.09.2012 г.) «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского свидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; Постановление Правительства Российской Федерации от 28.02.1996 г. № 221 (ред. от 30.12.2005) «Об утверждении Правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции); Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 г. №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (раздел V. «Порядок освидетельствования на ВИЧ-инфекцию»); Методические рекомендации Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 № 5950-РХ «Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию».
Медицинское освидетельствование на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации	Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14.12.2007 № 86 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства»; Приказ Минздрава России от 29.06.2015 г. № 384н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу…».

Продолжение табл. 8.5.

Освидетельствование детей, передаваемых на воспитание в семью	Приказ Минздравмедпрома России и Минобразования России от 25.12.1995 № 369/641 «О медицинском освидетельствовании детей, передаваемых на воспитание в семью».
Освидетельствование несовершеннолетних, содержащихся и обучающихся в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа органа управления образованием	Постановление Правительства Российской Федерации от 28.03.2012 г. № 259 (ред. от 04.09.2012 г.) «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования несовершеннолетнего на наличие или отсутствие у него заболевания, препятствующего его содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа»; Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 480н «Об утверждении формы, порядка ведения и хранения журнала регистрации медицинских освидетельствований несовершеннолетних на наличие или отсутствие у них заболеваний, препятствующих их содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа органа управления образованием»; Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 г. № 482н «Об утверждении перечня мероприятий, проводимых при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего на наличие или отсутствие у него заболеваний, препятствующих его содержанию и обучению в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа органа управления образованием, и перечня участвующих в проведении указанного медицинского освидетельствования врачей-специалистов».
Освидетельствование осужденных к лишению свободы; лиц, находящихся в местах лишения свободы; подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления	Постановление Правительства Российской Федерации от 28.02.1996 г. № 221 (ред. от 30.12.2005) «Об утверждении Правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции); Постановление Правительства РФ от 06.02.2004 г. № 54 (ред. от 24.09.2012 г.) «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью»; Постановление Правительства РФ от 14 января 2011 г. № 3 (ред. от 04.09.2012 г.) «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» (вместе с «Правилами медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений»); Приказ Минздрава России и Минюста России от 09.08.2001 г. № 311/242 (ред. от 01.11.2002) «Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью» (вместе с «Перечнем заболеваний, который может быть использован в качестве основания для представления к освобождению от отбывания наказания осужденных к лишению свободы» и «Порядком медицинского освидетельствования осужденных к лишению свободы и их представления к освобождению от отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью»); Приказ Минздравсоцразвития России от 16.03.2011 г. № 208н «Об утверждении формы направления на медицинское освидетельствование подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления, в отношении которого избрана мера пресечения в виде заключения под стражу»;

Продолжение табл. 8.5.

	Приказ Минздравсоцразвития России от 16.03.2011 г. № 209н «Об утверждении формы, Порядка ведения и хранения журнала регистрации медицинских освидетельствований подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу».
Освидетельствование отдельных категорий лиц, в том числе поступающих на определенные виды государственной гражданской и военной службы	Постановление Правительства Российской Федерации от 26.08.2013 г. № 733 «О медицинском освидетельствовании лиц на предмет наличия (отсутствия) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (вместе с «Правилами проведения медицинского освидетельствования лица на предмет наличия (отсутствия) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника»); Приказ Минтранса России от 22.04.2002 № 50 (ред. от 28.11.2014 г., с изм. от 13.03.2017 г.) «Об утверждении Федеральных авиационных правил «Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации» и др.

Контрольные вопросы.

1. Охарактеризуйте ст. 58 Закона об охране здоровья - «Медицинская экспертиза.
2. Дайте определение понятиям: эксперт, экспертиза, медицинская экспертиза. Назовите виды медицинских экспертиз.
3. Приведите классификации медицинских экспертиз по различным основаниям. Какие виды медицинских экспертиз являются средством доказывания, а какие служат целям определения трудоспособности и профессиональной пригодности?
4. Дайте определение понятию «Медицинское освидетельствование». Назовите отличия между медицинской экспертизой и медицинским освидетельствованием. Перечислите виды медицинского освидетельствования.
5. Дайте определение понятиям: трудоспособность, нетрудоспособность, временная нетрудоспособность. Назовите цели и основания экспертизы временной нетрудоспособности.
6. Перечислите нормативные акты, регламентирующие экспертизу временной нетрудоспособности.
7. Кому выдается, а кому не выдается листок нетрудоспособности?
8. Кому из медицинских работников может быть поручено проведение экспертизы временной нетрудоспособности? Кто из медицинских работников не имеет права выдавать листок нетрудоспособности? На какие сроки медицинские работники могут выдать листки нетрудоспособности?
9. Перечислите особенности оформления листка нетрудоспособности. В каких случаях в Листок нетрудоспособности вносятся сведения о диагнозе заболевания?
10. Как регламентируется порядок выдачи листков нетрудоспособности по уходу? Перечислите граждан, которые имеют право получить и кому не может быть выдан листок нетрудоспособности по уходу.
11. Охарактеризуйте статью 49 Закона об охране здоровья – «Врачебная комиссия и консилиум врачей», перечислите основные функции врачебной комиссии.
12. Перечислите основные нормативные акты по регулированию медико-социальной экспертизы. Назовите субъектов данного вида экспертизы.
13. Назовите цели, основания и сроки направления пациента на медико-социальную

экспертизу.

14. Охарактеризуйте функции бюро медико-социальной экспертизы.

15. Охарактеризуйте статью 61 Закона об охране здоровья – «Военно-врачебная экспертиза». Назовите цели и основания проведения военно-врачебной экспертизы.

16. Перечислите нормативные акты, регламентирующие военно-врачебную экспертизу.

17. Что понимают под независимой экспертизой? В каких случаях закон допускает проведение независимой медицинской экспертизы. Кто имеет право требовать ее проведение?

18. Права и обязанности граждан при производстве независимой военно-врачебной экспертизы

19. Права и обязанности эксперта при производстве независимой военно-врачебной экспертизы

20. Какие последствия наступают, если заключение независимой военно-врачебной экспертизы не совпадает по своим выводам с заключением военно-врачебной комиссии.

21. Охарактеризуйте статью 62 Закона об охране здоровья – «Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы». Перечислите нормативные акты, регламентирующие данные экспертизы.

22. Охарактеризуйте цели, объекты и субъекты судебно-медицинской экспертизы

23. Приведите понятие вреда, причиненного здоровью человека и квалифицирующие признаки степени тяжести причиненного вреда.

24. Охарактеризуйте порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы.

25. Охарактеризуйте статью 63 Закона об охране здоровья – «Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией». Перечислите нормативные акты, регламентирующие данный вид экспертизы.

26. Назовите цели и субъектов экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией.

27. Охарактеризуйте статью 64 Закона об охране здоровья – «Экспертиза качества медицинской помощи». Перечислите нормативные акты, регламентирующие данный вид экспертизы.

28. Перечислите цели и основания для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

29. Какие организации и кто имеет право проводить экспертизу качества медицинской помощи?

30. Охарактеризуйте статью 65 Закона об охране здоровья – «Медицинское освидетельствование». Назовите виды медицинского освидетельствования.

31.Перечислите нормативные акты, регламентирующие освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);

32. Каков порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние алкогольного или наркотического опьянения в медицинских учреждениях?

33. Перечислите нормативные акты, регламентирующие порядок проведения психиатрического освидетельствования.

34. Каковы цели и основания проведения медицинского психиатрического освидетельствования.

35.Охарактеризуйте нормативные акты, регламентирующие освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;

36.Охарактеризуйте нормативные акты, регламентирующие освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

37. Каков порядок проведения медицинского освидетельствования для получения «Медицинского заключения» по результатам освидетельствования гражданина для получения лицензии на приобретение оружия».

38. Перечислите основания для отказа в выдаче «Медицинского заключения» по результатам освидетельствования гражданина для получения лицензии на приобретение оружия».

39. Перечислите нормативные акты, регламентирующие порядок проведения медицинского

освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции.

40. Перечислите нормативные акты, регламентирующие порядок проведения освидетельствования осужденных к лишению свободы; лиц, находящихся в местах лишения свободы; подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

ТЕМА: ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Цель: Изучение особенностей правового регулирования деятельности медицинских работников

План

1. Особенности правового регулирования труда медицинских работников.
2. Права медицинских работников, и меры их стимулирования.
3. Обязанности медицинских работников, и ограничения, налагаемые на них. Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности.
4. Особенности подготовки медицинских работников. Клятва врача.
5. Права и обязанности медицинских организаций.
6. Проблемы социальной защищенности врача в современной России.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Воробьёва, Л. В. Медицинское право : краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014 г. - 171 с. (С. 113-117).

3. Леонтьев, О. В. Законодательство России о здравоохранении : учеб. пособ. / О. В. Леонтьев, С. Л. Плавинский. - СПб. :СпецЛит, 2013 г. - 64 с. (С. 51-53).

4. Михальченко Д.В., Мажаренко В.А., Приз Е.В. Права медицинских работников в новом Законе РФ «Об основах охраны здоровья // Медицинское право. – 2012 г., № 1 - С. 17-21.

Дополнительная

1. Трудовой кодекс Российской Федерации (по состоянию на 2017 г. год).

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (с изменениями и дополнениями от 26 декабря 2011 г.).

4. Приказ МЗ РФ от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

5. Мажаренко В.А., Приз Е.В. К вопросу о социальной защищенности врача в современной России // Медицинское право. – 2011 г., № 2. - С 12-15.

6. Породенко В.А., Ломакина Л.И., Травенко Е.Н., Ильина А.В. Юридической анализ ограничений, налагаемых на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. / Проблемы судебной медицины, экспертизы и права, выпуск 4. Сборник научных работ (под ред. В.А. Породенко). Краснодар: Изд-во КубГМУ, 2014 г. – С. 74-77.

7. Права медицинских работников: защита чести, достоинства, репутации Источник: http://www.zdrav.ru/articles/4293649263-qqe-16-m04-prava-meditsinskih-rabotnikov-zashchita-chesti-dostoinstva-reputatsii - 6 апреля 2016 г.

8. Ших Е.В. Роль непрерывного медицинского образования в профессиональной аккредитации врача-специалиста // Медицинское образование и вузовская наука. – 2015 г., № 1 (7). – С. 61-64.

1. Особенности регулирования труда медицинских работников

В соответствии с пунктом 13 статьи 2 Закона об охране здоровья «медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».

Под медицинской деятельностью понимается профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов или тканей, обращением донорской крови или ее компонентов в медицинских целях.

В то же время в статье 69 Закона об охране здоровья – «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности» (табл. 1.1), право на занятие медицинской деятельностью лицам, не имеющим соответствующего образования, не уточняется.

Таблица 1.1.

Право на осуществление медицинской деятельности

<table>
<tr><td colspan="2">Статья 69 Закона об охране здоровья</td></tr>
<tr><td rowspan="5">К медицинской деятельности могут быть допущены лица</td><td>- получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.</td></tr>
<tr><td>- педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие практическую подготовку обучающихся…</td></tr>
<tr><td>- имеющие медицинское образование, но не работавшие по своей специальности более пяти лет после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации.</td></tr>
<tr><td>- не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского образования, и лица с высшим медицинским на должностях среднего медицинского персонала</td></tr>
<tr><td>- получившие медицинское образование в иностранных государствах после установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании, сдачи экзамена по специальности, и прохождения аккредитации.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» - Статья 235 УК РФ – Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью.</td></tr>
</table>

В действующем Письме Минздрава России от 29.06.2012 г. № 12-1/10/2-362 разъяснятся, что работник с высшим (средним) немедицинским профессиональным образованием, осуществляющий медицинскую деятельность в соответствии со своими трудовыми обязанностями, может быть отнесен к категории медицинских работников. То есть, на лиц с немедицинским образованием, участвующим в медицинской деятельности, распространяются все права и обязанности медицинских работников.

С 2016 г. года осуществлен переход на новую систему допуска медработников к профессиональной деятельности. До этого основой допуска было наличие сертификата специалиста. Сейчас внедрена система аккредитации. 29 декабря 2015 г. Президент В. В. Путин подписал поправки к 323-му закону об охране здоровья, которые делегировали Министерству здравоохранения РФ право определять этапность внедрения процедуры аккредитации.

В 2016 г. система аккредитации коснулась выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. Они первыми прошли процедуру аккредитации.

В Законе об охране здоровья предусмотрено, что интернатура, как уровень послевузовского

профессионального образования, завершает свое существование в 2016 г. Новый федеральный образовательный стандарт направлен на выработку компетенций, которые позволяют выпускнику работать самостоятельно. Фактически, программа 6-го курса пересмотрена в сторону возврата субординатуры, то есть акцента на практической подготовке.

Первичная аккредитация всех выпускников медицинских вузов предусмотрена с 2017 г. года.

Специалисты, которые прошли специализацию и получили сертификат до 01.01.2021 года, будут допущены к профессиональной деятельности вплоть до конца срока его действия. В 2026 года абсолютно все медработники должны будут проходить аккредитацию.

В статье 70 Закона об охране здоровья определен статус лечащего врача (табл. 1.2).

До 2015 г. лечащим врачом мог быть окончивший интернатуру или ординатуру сертифицированный специалист, в настоящее время – врач, имеющий свидетельство об аккредитации.

Лечащий врач - ключевая фигура в процессе лечения, что проистекает из его обязанностей. На него возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения, и только лечащий врач несет всю полноту юридической ответственности за больного, которого он курирует.

Лечащий врач подчиняется заведующему отделением и работает под его руководством, но это не снимает с него всей полноты ответственности. То, что лечащий врач, в случае необходимости, по согласованию с заведующим отделением, организует консультации врачей-специалистов, а также консилиум врачей – важное положение. С одной стороны, пациент имеет право на консультации и консилиум. С другой стороны, рекомендации консультантов лечащий врач рассматривает и при их необходимости реализует или не реализует, так как юридически единолично отвечает за больного.

Лечащий врач обязан ежедневно проводить обход курируемых им больных, фиксируя в истории болезни все изменения, прошедшие за сутки, определять необходимые мероприятия по обследованию, лечению и уходу за пациентом.

Лечащий врач вправе, поставив в известность руководителя медицинской организации, отказаться от лечения больного (с предоставлением замены в лице другого доктора). Подзаконный акт профильного ведомства дополняет, что функции лечащего врача на врача-специалиста возлагаются с учетом его согласия (приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 407н «Об утверждении порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача»).

Но любой отказ от лечения конкретного пациента обоснован, только если он не создает угрозу для его жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих лиц.

Однако действительно ли лечащему врачу легко отказаться от пациента и должен ли он объяснять причину отказа? И существует ли баланс прав врача и пациента?

Часть 2 статьи 11 Закона об охране здоровья обязывает медицинских работников и медицинские организации безотлагательно и бесплатно оказывать медицинскую помощь в экстренной форме. Отказ в ее оказании не допускается.

В экстренной форме медицинскую помощь оказывают в случае угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний. В оказании экстренной помощи участвуют все медицинские организации любой формы собственности.

Итак, по закону есть только одно условие, когда отказать пациенту нельзя ни при каких обстоятельствах: у больного экстренное состояние с угрозой для жизни. Но вместе с тем российское законодательство не допускает отказ врача оказывать помощь в связи с наличием у гражданина каких-либо заболеваний, например, туберкулеза или ВИЧ-инфекции. Подобный отказ вступил бы в противоречие со статьей 5 Закона об охране здоровья.

Норма не означает, что пациент вправе скрывать от медработника наличие подобного заболевания. В частности, если пациент не сообщит о наличии у него ВИЧ-инфекции, данный факт может рассматриваться как «поставление врача в опасность заражения». Это преступление по части 1 ст. 122 УК РФ.

Таблица 1.2.

Статья 70 Закона об охране здоровья

Лечащий врач	
Понятие	Лечащим врачом может быть лицо, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста
Назначение или выбор	1. …назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации …должен содействовать выбору пациентом другого врача…
Функции	2. …организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей …Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
	3. …по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача …должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.
	4. …, рекомендуя пациенту лекарственный препарат, медицинское изделие, специализированный продукт лечебного питания или заменитель грудного молока, обязан информировать пациента о возможности получения им соответствующих лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания или заменителя грудного молока без взимания платы в соответствии с законодательством РФ.
	5. … устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе, явившемся причиной смерти пациента.
6. Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием.	
7. Отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи могут быть возложены на фельдшера, акушерку в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».	

Этический кодекс российского врача предусматривает возможность отказа от пациента ввиду отсутствия психологического контакта. Документ также указывает, что врач имеет право отказаться от работы и передать пациента другому специалисту, если не может установить с пациентом терапевтическое сотрудничество. Кодекс принят на IV Конференции Ассоциации врачей России в ноябре 1994 года. Этический кодекс не относится к нормативным правовым актам.

Он не имеет обязательной юридической силы. Однако поскольку законодатель придал нормам врачебной этики и деонтологии юридически обязывающее значение - закрепил право пациента на уважительное и гуманное к нему отношение, и обязанность медработника следовать деонтологическим нормам, ссылка на нормы этического кодекса вполне допустима.

Законодательство предусматривает, что некоторые врачебные функции лечащего врача могут быть переданы в случае необходимости акушеру или фельдшеру. В частности, этим специалистам могут быть переданы функции по проведению некоторых лечебных и диагностических манипуляций, по применению и назначению некоторых лекарственных препаратов.

Передача функций врача оформляется приказом, который подписывается главным врачом медицинской организации.

Далее необходимо отметить главное для любого врача. Лечащий врач не является должностным лицом, Он приобретает статус должностного лица только при выполнении управленческих функций при определенных условиях (например, при дежурстве по отделению).

В стационаре лечащий врач пишет запись о выдаче больничного листа в истории болезни уже при выписке больного, но выдает больничный лист оперативный отдел, где и проставляются печати и штампы. Также и в поликлинике. Таким образом, к лечащему врачу отделения любой больницы не могут применяться статьи о должностных преступлениях. Хотя на этот счет у юристов существуют различные мнения, особенно когда речь идет о взяточничестве.

2. Права медицинских работников и меры их стимулирования

В статье 72 Закона об охране здоровья приведены права медицинских работников и меры их стимулирования (табл. 2.1.).

Таблица 2.1.

Права медицинских работников и меры их стимулирования

<table>
<tr><td colspan="2">1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе на:</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Основные гарантии</td><td>1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием,….</td></tr>
<tr><td>2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством РФ;</td></tr>
<tr><td>3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством РФ, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;</td></tr>
<tr><td>4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;</td></tr>
<tr><td>5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;</td></tr>
<tr><td>6) создание профессиональных некоммерческих организаций;</td></tr>
<tr><td>7) страхование риска своей профессиональной ответственности.</td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Правительство РФ, органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам и фармацевтическим работникам...</td></tr>
</table>

Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001. №197-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г.) в разделе 12 определяет особенности регулирования труда отдельных категорий работников. В частности, ст. 350 предусматривает некоторые особенности регулирования труда медицинских работников.

Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности» (с изменениями на 24 декабря 2014 г. года) детализирует режим труда и отдыха.

На медработников в полной мере распространяются все основные гарантии, предусмотренные трудовым и иным законодательством РФ. К этим гарантиям относятся:

- предоставление соответствующих трудовых условий для исполнения возложенных должностных обязанностей (предоставление расходных материалов, аппаратуры и др.);
- организация за счет работодателя профессионального обучения врача, повышения его квалификации или профессиональной переподготовки;
- организация профессиональной переподготовки лица за счет средств медорганизации, если врач не может выполнять свои профессиональные обязанности вследствие сокращения штатов, по состоянию здоровья, в случае ликвидации организации;
- прохождение аттестации в целях получения квалификационной категории на тех условиях и в том порядке, которые установлены действующими нормативными актами в сфере здравоохранения; дифференциация оплаты труда по итогам аттестации;
- получение стимулирующих выплат, соответствующих уровню профессиональной квалификации, качеству, объемам и результатам работы, сложности и особенностям трудовой деятельности.

Также врач вправе претендовать на страхование личной профессиональной ответственности или создавать профессиональные некоммерческие организации.

Права и обязанности врача часто вытекают одно из другого и тесно переплетены с правами пациента. Так, у врача есть право на проведение медицинского вмешательства без согласия гражданина в отношении лиц, у которых выявлены заболевания, представляющие угрозу для жизни и здоровья окружающих.

Нередки случаи, когда пациенту в срочном порядке необходимо медицинское вмешательство, но он находится в таком состоянии, что самостоятельно выразить свое согласие не может, а законные представители больного отсутствуют. В таких ситуациях для принятия решения созывается консилиум специалистов, но, когда возможности такой нет, а ситуация угрожает здоровью и жизни пациента, врач самостоятельно принимает решение о медицинском вмешательстве (Статья 20 Закона об охране здоровья «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства», пункт 9-10).

Решение лечащего врача в обязательном порядке фиксируется в медицинских документах больного, а должностные лица медицинской организации, сам больной и его представители также должны быть уведомлены о проведении вмешательства.

Медицинское вмешательство проводится незамедлительно, когда отсутствуют законные представители несовершеннолетнего пациента при пересадке ему донорских органов и тканей; не достигшего 16-ти лет наркозависимого лица; несовершеннолетнего пациента в возрасте до 15 лет; недееспособного лица, если оно в силу физического состояния не может дать согласие на вмешательство; несовершеннолетнего наркозависимого лица при оказании ему наркологической помощи или когда такого пациента необходимо обследовать на наличие опьянения (наркотического, алкогольного и т.д.). Исключение составляют случаи, когда пациент в установленных законом случаях обрел полную дееспособность до 18 лет.

3. Обязанности медицинских работников и ограничения, налагаемые на них. Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности

В статье 73 Закона об охране здоровья приведены обязанности медицинских и фармацевтических работников (рис. 3.1.).

Таблица 3.1.

Статья 73 Закона об охране здоровья

1. Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.	
2. Медицинские работники обязаны:	
Обязанности	1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
	2) соблюдать врачебную тайну;
	3) совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
	4) назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
	5) сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона.

Впервые в законодательстве сформулированы ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. В первой части статьи 74 Закона об охране здоровья перечислены запреты для медицинских работников и руководителей медицинских организаций, во второй части - для фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций.

В первой части законодатель исключает право медицинских работников и руководителей медицинских организаций:

- принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций подарки, денежные средства в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха;
- участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;
- заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам;
- предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- осуществлять прием представителей компаний;

- выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

Четкого определения термина «подарок» в настоящее время в законодательстве не выработано. В постановлении Правительства РФ от 9 января 2014 г. № 10 «Типовое положение о сообщении отдельными категориями лиц о получении подарка в связи с их должностным положением….» определение «подарок» также отсутствует.

Нормы Гражданского кодекса позволяют считать объектом дарения вещи, а также имущественные права либо освобождение от имущественной обязанности. В то же время, учитывая положения ряда действующих федеральных законов (например, ФЗ от 27.07.2004 г. № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе РФ», ФЗ от 02.03.2007 г. № 25-ФЗ «О муниципальной службе в РФ» и др.) подарками не являются денежное вознаграждение, ссуды, услуги, оплата развлечений, отдыха, транспортных расходов и иные вознаграждения, так как соответствующие статьи названных законов различают данные понятия.

Правовая регламентация договора дарения осуществляется главой 52 Гражданского кодекса РФ. В отношении медицинских работников принято считать, что гражданский кодекс допускает возможность принимать подарки на сумму не свыше трех тысяч рублей от пациентов, их супругов и родственников.

Однако Закон об охране здоровья в статье 74 устанавливает четкий запрет («не вправе») для подарков любой стоимости. Тем самым расширяются предусмотренные Гражданским кодексом РФ ограничения в части дарения, то есть, для медицинских и фармацевтических работников это специальные нормы.

Вместе с тем, такая жесткая позиция законодателя представляется несколько уязвимой в части соотношения с общими положениями, регламентирующими вопросы дарения, в частности, в отношении государственных и муниципальных служащих, которым, несмотря на особый публичный статус, разрешено принимать подарки в установленных законом пределах.

Правительством РФ рамках Национальной стратегии противодействия коррупции 9 января 2014 г. года утверждено Типовое положение о сообщении отдельными категориями лиц о получении подарка в связи с их должностным положением или исполнением ими служебных (должностных) обязанностей, сдачи и оценки подарка, реализации (выкупа) и зачисления средств, вырученных от его реализации.

Данное типовое положение предусматривает обязанность должностных лиц, а также государственных и муниципальных служащих уведомлять о получении ими подарков на официальных мероприятиях и в служебных командировках и сдавать эти подарки по акту приёма-передачи для последующей оценки их стоимости и реализации.

Действие данного типового положения распространяется на всех государственных и муниципальных служащих всех ветвей власти; а также на служащих Федерального фонда обязательного медицинского страхования, научных и учебных заведений, учредителями которых является РФ, и других организаций, созданных для выполнения задач федеральных государственных органов.

Согласно данному Положению, государственными, муниципальными органами и организациями в трёхмесячный срок (до 9 апреля 2014 г. года) должны были быть разработаны и приняты свои нормативные правовые акты, определяющие на основе типового положения порядок уведомления о получении подарка, его сдачи, выкупа и реализации с учётом особенностей деятельности этих органов и организаций. Однако до настоящего времени Министерством здравоохранения РФ подобный нормативный акт не принят. Следует отметить, что если в отношении должностных лиц медицинских организаций в здравоохранении есть определенная ясность, то вопрос, являются ли специалисты бюджетных государственных или муниципальных медицинских организаций государственными или муниципальными служащими, до сих пор остается открытым.

Одновременно с запретами статья 74 Закона об охране здоровья разрешает медицинским работникам получать вознаграждения по договорам при проведении клинических исследований

лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий и в связи с осуществлением педагогической и (или) научной деятельности. Однако для признания той или иной деятельности в качестве педагогической лицо должно состоять в юридических отношениях с образовательной организацией или же быть зарегистрированным в качестве предпринимателя, занимающегося индивидуальной трудовой педагогической деятельностью, поскольку законодательно медицинским и фармацевтическим работникам в отличие, например, от судей, не запрещено заниматься предпринимательской деятельностью.

Рассмотренные положения статьи 74 имеют первостепенное значение в современном здравоохранении и должны учитываться не только организаторами здравоохранения, но и всеми медицинскими и фармацевтическими работниками в своей деятельности, тем более, что за несоблюдение предписаний статьи 74 медицинские и фармацевтические работники, руководители медицинских организаций и руководители аптечных организаций, а также компании, представители компаний несут юридическую ответственность.

Одним из принципиальных нововведений Закона об охране здоровья стало нормативное закрепление понятия «конфликт интересов» и установление порядка его урегулирования.

Следует отметить, что долгие годы проблема конфликта интересов в медицинской среде не находила отражения в медицинском законодательстве, хотя соответствующие нормы готовились давно. Но только в 2009 г. Президент В.В. Путин на совещании «О стратегии развития фармацевтической промышленности» 9 октября в Зеленограде заявил о наличии системы лоббирования российскими врачами интересов крупных фарм-производителей и предложил меры противодействия с помощью введения законодательных запретов на работу фарм-представителей в медучреждениях, а также более жестких норм врачебной этики.

Статья 75 Закона об охране здоровья дает определение «конфликта интересов»: это «ситуация, при которой у медицинского или фармацевтического работника при осуществлении профессиональной деятельности возникает заинтересованность в получении лично, либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной заинтересованностью и интересами пациента».

В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской организации, в которой он работает, а индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность, обязан проинформировать о возникновении конфликта интересов уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти.

Руководитель медицинской организации в семидневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной форме уведомить об этом уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти.

Уполномоченным Правительством РФ органом исполнительной власти является Минздрав России. Для урегулирования конфликта интересов Минздрав России образует комиссию. Правовой статус и порядок осуществления деятельности комиссии регламентированы Приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1350н «Об утверждении положения о комиссии Министерства здравоохранения РФ по урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности». В пункте 4 Положения перечислены задачи Комиссии:

«1) урегулирование конфликта интересов медицинских и (или) фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности;

2) анализ риска и последствий возникновения конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности;

3) мониторинг правоприменительной практики в области урегулирования конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности.

…5. Комиссия не проводит проверки по фактам нарушения дисциплины труда.

…9. Комиссия рассматривает поступившие в адрес Министерства здравоохранения

Российской Федерации письменные уведомления руководителей медицинских и аптечных организаций, а также индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую или фармацевтическую деятельность, о возникновении конфликта интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности.

Комиссия не осуществляет рассмотрение анонимных обращений.

…10. При поступлении письменного уведомления руководителя медицинской или аптечной организации, а также индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую или фармацевтическую деятельность, о возникновении конфликта интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности председатель Комиссии, его заместитель в течение 3 рабочих дней назначает дату заседания Комиссии. При этом дата заседания Комиссии не может быть назначена позднее 7 рабочих дней со дня поступления указанного письменного уведомления.

В случае установления комиссией факта совершения медицинским или фармацевтическим работником действия (факта бездействия), содержащего признаки административного правонарушения или состава преступления, председательствующий комиссии передает информацию о совершении указанного действия (бездействия) и подтверждающие такой факт документы в правоприменительные органы в течение 3 рабочих дней, а при необходимости, в том числе при возникновении угрозы причинения вреда жизни и здоровью людей, вреда животным, растениям, окружающей среде, — немедленно».

Таким образом, Комиссия имеет право передать в правоохранительные органы факты, содержащие признаки административного правонарушения по статье 6.29 КоАП РФ «Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности».

Согласно положениям Закона, об охране здоровья медицинский персонал не вправе принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов подарки, выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия. Однако прямой нормы об ответственности фармацевтических компаний за нарушения положений о конфликте интересов закон не содержит.

То есть, для фармацевтических компаний требования к взаимодействию с врачами практически не изменились (а специальная ответственность не была введена).

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости дальнейшей нормативно-правовой детализации медицинской деятельности.

Деятельность медицинских организаций не всегда вмещается в жесткие рамки нормативного регулирования. Это связано с тем, что алгоритм для каждого случая оказания медпомощи прописать невозможно, также как нельзя описать формальным юридическим языком тот моральный аспект, который всегда присутствует в действиях медработников.

В то же время законодатель настойчиво и последовательно вводит ограничения и запреты в сфере медицинской деятельности. Проведем правовой анализ некоторых запретов.

Частью 3 статьи 22 Закона об охране здоровья установлен запрет на предоставление пациенту информации о состоянии его здоровья против его воли. Иначе говоря, в данном случае возникает формальная возможность не сообщать пациенту «нежелательную» для врача информацию, мотивируя это тем, что пациент не дал свое согласие на ее получение.

Например, лечащий врач умолчал о факте разрушения сверла при операции и оставлении его фрагмента в бедренной кости пациента. При этом в протоколе проведения операции имеется указание о решении врачей оставить фрагмент сверла в кости ввиду нецелесообразности его извлечения, однако в выписке из медицинской карты стационарного больного нет каких-либо сведений о данном факте.

Далее, запрет применения лекарственного препарата вопреки требованиям соответствующей инструкции законодательно не сформулирован. В медицинском законодательстве нет положений, как обязывающих соблюдать инструкцию по применению лекарственных

препаратов, так и запрещающих использование препарата с нарушением соответствующей инструкции.

Единственными подзаконными актами, в которых указано, что лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории РФ, назначаются в соответствии с инструкцией по применению, — это стандарты медицинской помощи, утвержденные Минздравом России. Также Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пунктом 9 устанавливают, что «При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные МЗ РФ».

Еще один запрет, который также недостаточно регламентирован – это запрет на применение незарегистрированных лекарственных средств и медицинских технологий.

В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. в практике здравоохранения допускалось использование методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном законом порядке. Данные положения являлись своеобразным барьером для применения псевдонаучных методов в медицине. Однако в Законе об охране здоровья отсутствует указание на полномочие федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, равно как и требование об использовании в практике здравоохранения методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, разрешенных к применению в установленном порядке. При этом применительно к обороту лекарственных средств их обязательная государственная регистрации сохранена и регулируется положениями ст. 13 Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Также отсутствует законодательно установленное требование о допустимости применения в медицинской практике только зарегистрированных медицинских технологий.

Отчасти вопрос о правовых критериях выбора лечебно-диагностических методов компенсируется положениями п. 1 ч. 4 ст. 37 Закона об охране здоровья, согласно которому непосредственный перечень выполняемых медицинских услуг устанавливается стандартом медицинской помощи. В то же время в соответствии с письмом Минздрава России от 30.04.2013 г. № 13–2/10/2–3113 при наличии показаний и по результатам лабораторных и инструментальных исследований могут проводиться дополнительные диагностические исследования, не включенные в стандарт. Иными словами, в настоящее время, отсутствует законодательно установленное требование о допустимости применения в медицинской практике только зарегистрированных (разрешенных) медицинских технологий, что создает возможность для злоупотреблений со стороны недобросовестных медицинских работников.

4. Особенности подготовки медицинских и фармацевтических работников. Клятва врача

Статья 77 Закона об охране здоровья – «Особенности подготовки медицинских работников и фармацевтических работников», утратила силу с 1 сентября 2013 г. года.

В настоящее время действуют нормы Федерального закона 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Закон об образовании).

С учетом повышенной ответственности медицинских и фармацевтических работников за результаты своей профессиональной деятельности, особого объекта их профессиональной деятельности — здоровье человека, здоровье нации, подготовка медицинских работников строится с особыми требованиями к профессиональным образовательным программам. В них требования к освоению теоретических знаний сочетаются с требованиями к прохождению достаточной для развития соответствующих навыков практики в медицинских организациях.

Статья 82 Закона об образовании «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования» закрепляет основной принцип получения медицинского образования, по которому реализация профессиональных образовательных программ медицинского образования должна обеспечивать

непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни. Кроме того, для медицинских и фармацевтических работников предусмотрено постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации.

Подготовка медицинских работников осуществляется путем реализации образовательных программ среднего и высшего профессионального образования, а также дополнительных профессиональных программ.

Практическая подготовка обеспечивается путем участия обучающихся в осуществлении медицинской деятельности и организуется: «в образовательных и научных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (клиники); в медицинских организациях, в том числе медицинских организациях, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций (клиническая база); в организациях, осуществляющих производство лекарственных средств, организациях, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, аптечных организациях, судебно-экспертных учреждениях и иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Организация практической подготовки обучающихся осуществляется на основании договора, заключенного между образовательной или научной организацией и медицинской организацией. Договор должен содержать положения, определяющие порядок участия обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам, деятельности в сфере охраны здоровья или в образовательной деятельности. Имущество государственных и муниципальных организаций используется для практической подготовки на безвозмездной основе.

Квалификация медицинского работника имеет принципиальное значение при его трудоустройстве. На сегодняшний день необходима аккредитация специалиста (сертификат специалиста), соответствующий уровень образования и другие требования, предъявляемые Законом об охране здоровья и профессиональными стандартами.

С 01.01.2016 г. года обновления в Закона об охране здоровья установили, что разрешение к медицинской и фармацевтической деятельности теперь осуществляется через процедуру аккредитации.

Аккредитация врачей – новый правовой институт, пришедший на смену традиционной сертификации. В статье 69 Закона об образовании – «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности», дается определение аккредитации специалиста – «процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Аккредитация отличается от сертификации более специализированной направленностью, является прозрачной процедурой допуска специалистов в профессию, что в совокупности с практикоориентированным образованием может позволить наполнить отрасль более подготовленными и профессиональными специалистами

Планируется, что процедура аккредитация будет делиться на несколько видов: первичная - для выпускников высших учебных заведений; первичная специализированная - для врачей-ординаторов; повторная реаккредитация для всех действующих медработников.

На базе Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздравом РФ был создан Методический центр аккредитации. В его состав вошел также ранее организованный Центр непрерывного образования, а также Учебный центр врачебной практики «Пракси Медика».

Этапы и сроки переходного периода утверждены и описаны в приказе Минздрава РФ № 127н от 25.02.2016 г. года. Положение об аккредитации ведомство утвердило приказом № 334н от 02.06.2016 г. года.

Какие требования может предъявлять медицинская организация к квалификации работника при приеме на работу? Прежде всего, необходимо учитывать квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки

«Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н (вступил в силу с 07.11.2015 г.), при этом для медицинских работников требования к квалификации, установленные в квалификационных справочниках и профессиональных стандартах, являются обязательными. Квалификационные требования устанавливают ТК РФ, профессиональные стандарты и отраслевые нормативные документы.

Профессиональные стандарты — еще одно новшество законодательства, они должны будут полностью заменить квалификационные справочники, т.к. разрабатываются не в отношении конкретных должностей, а в отношении вида профессиональной деятельности. Так приказом Минтруда России от 25.06.2015 г. № 400н утвержден профессиональный стандарт «Специалист по педиатрии».

С 1 июля 2016 г. года применение профстандартов стало обязательным в части требований к квалификации работника. На основании Федерального закона от 3.07.2016 г. № 238-ФЗ «О независимой оценке квалификации» с января 2017 г. функционируют центры оценки квалификаций. Они проводят профессиональные экзамены. Инициаторами оценки квалификации могут быть сами работники и работодатели. Медицинская организация может установить собственные, документально оформленные дополнительные требования к квалификации работника, причем как связанные, так и не связанные с медицинской деятельностью.

Чтобы не было злоупотреблений и споров на этот счет между сторонами трудового договора, в Трудовом кодексе РФ закреплены права и обязанности сторон при независимой оценке квалификации. Изменения в ТК РФ внес Федеральный закон от 03.07. 2016 г. № 239-ФЗ. Право работника пройти независимую оценку квалификации теперь предусмотрено статьей 197 ТК РФ, а права и обязанности работодателя определены в статьях 187 и 196 ТК РФ.

Обязанность медработников совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях закреплена в п. 3 ч. 2 ст. 73 Закона об охране здоровья.

Кроме того, в настоящее время действует Приказ МЗ РФ от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». Согласно этому Приказу, совершенствование профессиональных знаний и навыков осуществляется работниками путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки, в образовательных и научных организациях в целях обновления имеющихся теоретических и практических знаний в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения современных методов решения профессиональных задач.

Повышение квалификации, профессиональная переподготовка и стажировка работников проводятся главным образом с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения. Профессиональная переподготовка проводится в обязательном порядке для работников, планирующих выполнение нового вида медицинской или фармацевтической деятельности. Повышение квалификации работников проводится не реже одного раза в 5 лет в течение всей их трудовой деятельности.

Традиционно лица, завершившие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа о высшем профессиональном образовании дают клятву врача. Эта традиция берет свое начало с клятвы Гиппократа и несет в себе тот этический заряд, который отличает медицину от всех других областей человеческой деятельности. В современном виде клятва врача представлена в статье 71 Закона об охране здоровья (табл. 4.1).

Нравственные требования и нормы, предъявляемые к медицинской деятельности, очень статичны, мало подвержены изменениям в ходе эволюции медицинской культуры. Только в XX — начале XXI вв. начался интенсивный процесс их трансформации в новые, более приемлемые для создавшихся социокультурных условий формы. Однако моральные ценности, составляющие сущность этической сферы медицинской культуры, остаются неизменными.

Таблица 4.1.

Клятва врача. Статья 71 Закона об охране здоровья

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

Этические требования к общению медицинского работника с пациентом вырабатывались в медицине со времен глубокой древности. Размышления об этих проблемах содержатся в трудах многих выдающихся врачей, начиная с трудов Гиппократа и заканчивая современными исследованиями в области биоэтики.

Принцип уважения личности пациента, его прав и достоинства сформулирован в биомедицинской этике сравнительно недавно — во второй половине XX в., но он фактически присутствовал в медицинской этике с начала ее эволюции. Этические требования соблюдения медицинской тайны, непричинения вреда пациенту, направленности всей деятельности медика на благо больного — это проявления уважения к личности пациента.

Медицинская этика возводит требование действовать на благо других людей в требование долга, которому медицинский работник должен следовать независимо от своих интересов и за выполнение, которого должен нести ответственность. Соблюдение этических норм в процессе профессиональной деятельности медицинских работников в условиях современной биомедицины — дело сложное и требует высокого уровня морального самосознания от каждого медицинского работника.

Власть медицинского работника над жизнью и здоровьем человека — главная отличительная черта медицинской деятельности. Именно эта особенность медицинской деятельности определяет и особое положение медицинских работников, прежде всего врачей, в обществе, и особые требования к ответственности медицинских работников за все, что они делают в контексте своей профессиональной деятельности.

Следует отметить, что впервые в тексте клятвы появилось обещание врача никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии в соответствии с запретом статьи 45 Закона об охране здоровья.

5. Права и обязанности медицинских организаций

Медицинская организация, согласно определению, данному в ст. 2 Закона об охране здоровья, - это «юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности…».

Статья 78 Закона об охране здоровья посвящена правам медицинских организаций (табл. 5.1.).

Таблица 5.1.

Статья 78 Закона об охране здоровья

Права медицинских организаций	
Перечень прав	1) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи;
	2) участвовать в оказании гражданам РФ медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи…;
	3) выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
	4) осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования;
	5) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством РФ требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

В статье 79 – «Обязанности медицинских организаций» выделены 2 части (табл. 5.2.).

Таблица 5.2.

Статья 79 Закона об охране здоровья

Обязанности медицинских организаций	
Перечень обязанностей	1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме;
	2) осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;
	3) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
	4) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;
	5) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств; требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.
	6) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

Продолжение табл. 5.2.

Перечень обязанностей	7) информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;
	8) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
	9) информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий;
	10) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом;
	11) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
	12) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности;
	13) проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий.
2. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 настоящей статьи, также обязаны:	
Перечень обязанностей	1) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
	2) обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
	3) обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;
	4) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Медицинская организация, не выполняющая своих обязанностей, как юридическое лицо может быть привлечена к административной и гражданско-правовой ответственности. В административном порядке медицинская организация привлекается в основном к ответственности за нарушение требований, предусмотренных лицензией.

Пациент имеет право на то, чтобы получить всю информацию о медучреждении и его медицинской деятельности в том случае, если он желает в нем обслуживаться. Также он вправе потребовать предоставить информацию о медицинском персонале, об уровне их квалификации и образования. Об этом говорят нормы ч. 7 ст. 21 Закона об охране здоровья. Размещается указанная информация как в самой организации – на видном и доступном для посетителей стенде, а также в интернет на ее официальном портале.

В круг сведений, которые медицинская организация должна предоставлять своим пациентам, входит информирование граждан о возможности получать медицинскую помощь бесплатно, на основании принятых в государстве программ госгарантий, о порядке оказания медпомощи, об условиях ее оказания и планируемых объёмах.

Если медицинское учреждение нарушает права граждан в сфере охраны здоровья на получение указанной информации, ей грозит привлечение к административной ответственности по ст. 6.30 КоАП РФ «Невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

При оказании медицинской помощи пациенту, в любой медицинской организации должно быть оформлено информированное добровольное согласие. Это правило устанавливает Закон об охране здоровья и постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. года (при оказании платных услуг). Такой документ оформляется медработником в письменной форме, после чего его лично подписывает пациент или его официальный представитель, а также непосредственно медработник. Впоследствии информированное согласие хранится в медицинской карте больного.

Разрабатывает формы информированного согласия на отдельные виды медицинских вмешательств, формы отказа от вмешательства, а также порядок их дачи Минздрав РФ. В информированном согласии на медицинское вмешательство должны содержаться все необходимые сведения о методах и целях оказания медпомощи, о рисках вмешательства, его последствиях и результатах медицинской услуги.

При общении с пациентом информацию, отраженную в форме информированного согласия врачу следует доступно объяснить пациенту. Несоблюдение требований законодателя в данном случае влечет административную ответственность для медицинской организации.

Так, если перед операцией искусственного прерывания беременности от пациентки не будет получено информированного добровольное согласие на такое медицинское вмешательство, медицинская организация может быть привлечена к административной ответственности по ч. 1 ст. 6.32 КоАП РФ «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности». Оформлять протокол о привлечении административной ответственности в этом случае будут официальные должностные лица Росздравнадзора РФ.

Ответственность медицинской организации очень часто наступает за дефекты ведения медицинской документации. Медицинская документация выступает одним из главных доказательств при рассмотрении «медицинских» дел в суде, является основой для проведения судебно-медицинской экспертизы, когда устанавливается вред, причиненный здоровью или жизни пациента. Кроме того, надлежащее и правильное оформление медицинской документации является главным условием оплаты медпомощи, оказанной в рамках ОМС. В связи с этим, медицинская документация и ее оформление является объектом многих проверок контролирующих органов.

Медицинские организации, в соответствии с п. 12 ст. 79 Закона об охране здоровья должны обеспечивать хранение и учет медицинской документации. Это касается также и бланков строгой отчетности. Существует два режима хранения медицинской документации: оперативное хранение - обеспечивается регистратурой больницы и осуществляется в соответствии с положениями ФЗ «О персональных данных»; архивное хранение - осуществляется в медицинском архиве в соответствии со ст. 17 ФЗ «Об архивном деле в РФ».

КоАП РФ предусматривает ответственность за нарушение порядка работы с персональными данными граждан в ст. 13.11 «Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)».

Законодатель планирует ужесточение ответственности медицинских организаций за нарушение права граждан в сфере охраны здоровья. В Госдуму Правительством уже внесен законопроект о внесении изменений в КоАП в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения. Будут действовать новые статьи: «Нарушение установленных порядков оказания медицинской помощи», «Нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья» и др.

Кроме того, медицинские организации как работодатели несут имущественную ответственность по искам за вред, причиненный их работниками жизни или здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности.

6. Проблемы социальной защищенности врача в современной России

Врачи представляют собой специфическую профессиональную группу, имеющую квалификационные (по отношению к другим медицинским работникам) и телеологические (по отношению к любым другим профессиональным группам) отличия. Их деятельность связана с высокой степенью нервно-психического и физического напряжения, исключительной социальной ответственностью, необходимостью большего объема специальных знаний и умений, способностью к их творческому применению, с постоянными рисками.

Врач выполняет свои профессиональные функции вне зависимости от места и времени. Результаты работы врача имеют непосредственный социальный эффект, от которого во многом зависит не только жизнь конкретных людей, но и стабильность общества в целом. Все это позволяет говорить о том, что представители данной профессиональной группы имеют особую ценность для общества. В то же время условия их труда, материальное обеспечение, условия повышения квалификации, моральный статус в глазах пациентов не соответствуют их социальной значимости.

Низкий уровень финансирования, неразработанностъ юридических норм профессиональной деятельности, негативное отношение в СМИ — все это позволяет говорить о низком уровне социальной защищенности врачей. Врачей часто прилюдно незаслуженно оскорбляют. Почему же они не защищаются?

В эфире крупных российских телеканалов и в СМИ с завидной регулярностью появляются фильмы и информация, в которой журналисты безапелляционно обвиняют докторов в причинении вреда пациентам. Подавляющее большинство таких фильмов, сюжетов и публикаций построено не на фактах и доказательствах, а исключительно на эмоциях самих пациентов либо их родственников.

У обывателя, не имеющего возможности получить достоверную информацию по каждой из представленных ситуаций, легко может сложиться мнение о том, что современное российское врачебное сообщество - это компания недоучек и злодеев, которые поставили целью извести весь народ.

Однако социальными субъектами оценки правонарушений в медицинской практике являются правоохранительные органы, а не средства массовой информации и не общественное мнение.

Положение о презумпции невиновности никто не отменял, она гарантирована статьей 49 Конституции РФ, статьями 11 УК РФ и 14 УПК РФ. Обвиняемый считается невиновным, пока его вина не будет доказана в установленном законом порядке. Презумпция невиновности - один из важнейших демократических принципов. Газеты и телеканалы также, как и врачи, ответственны перед законом. И, тем не менее, о судебных процессах над врачами знает вся страна, а вот про встречные иски о защите чести и достоинства медработников и деловой репутации лечебных организаций не слышно. Между тем врач имеет такое же право на защиту чести и достоинства, как и любой другой гражданин.

Проанализировав Закон об охране здоровья, мы обнаружили, что правам пациентов и обязанностям медицинских работников посвящены более 37 статей, за нарушение которых предусмотрены различные формы ответственности (административная, дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная). Правам и интересам врачей посвящено лишь 5 статей и отсутствуют специальные статьи, гарантирующие правовую защищенность врача. Профессия врача, обладая высоким социальным смыслом, в правовом отношении остается практически не защищенной со стороны государства. Оно частично передает свои функции другим социальным субъектам, а в остальном — ограничивается принятием законов, которых, во-первых, недостаточно, а во-вторых, выполнение их слабо контролируется.

Государство выступает социальным субъектом защиты прав врачей и в экономической сфере. Однако сравнительный анализ позиций руководителей органов власти и врачей по отношению к уровню оплаты труда медиков позволяет заключить, что между государством и врачами сложился определенный социальный контракт: государство недоплачивает врачам, не обеспечивает справедливый уровень их заработков, но и слабо реагирует на замещение бесплатных услуг платными, на получение врачами неформальных платежей от пациентов, если только это не связано с явным вымогательством и взяточничеством.

Для того чтобы тенденция падения престижа врача в обществе не стала необратимой, необходимо определить доступные способы его социальной защиты, распределение функций между субъектами этой защиты и конкретные меры по ее реализации.

В своей профессиональной деятельности медицинские работники нередко сталкиваются с неподобающим поведением пациентов и их близких. Деятельность врачей предполагает их частое общение с пациентами, но не всегда это общение проходит в спокойной обстановке. Часто пациенты проявляют агрессию, проявляют к медперсоналу неуважение. Многие врачи считают, что бессильны в этой ситуации, и не имеют юридических прав, либо не могут их реализовать.

О том, как защитить себя и своих подчиненных в рамках правового поля, предостеречь посетителей медицинской организации от противоправных действий должен знать каждый медицинский работник.

Закон об основах охраны здоровья ориентирован на приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи через соблюдение этических и моральных норм, а также уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации (ст. 6). В то же время закон не наделяет пациентов обязанностями соблюдать такие же нормы в отношении медицинских работников. Можно ли поставить знак равенства между правами пациентов на соблюдение по отношению к ним этических и моральных норм, уважительное и гуманное отношение и такими же правами медицинских работников (хотя это и не закреплено в Законе об охране здоровья)?

Ответ на этот вопрос однозначен: да. Почему? Потому что ниженазванные конституционные правовые нормы, стоящие на вершине иерархии нормативных правовых актов, провозглашают охрану и защиту прав, интересов личности вне зависимости от ее профессионального статуса.

Согласно Конституции РФ, достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления (ст. 21, ч. 2). Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени (ст. 23, ч. 1).

Безусловно, реализовать свои права на защиту чести, достоинства и профессиональной репутации могут все медработники, необходимо лишь соблюдать все правовые механизмы.

Отметим несколько моментов, которые необходимо знать, когда речь идет о защите медработниками своей профессиональной репутации и доброго имени.

1. На любого медработника, как на гражданина РФ распространяется действие ст. 152 ГК РФ, в которой говорится, что гражданин вправе обратиться в суд с опровержением сведений, порочащих его честь, деловую репутацию или достоинство, если распространитель таких сведений не докажет, что они не соответствуют действительности. Таким образом, медработнику нужно всего лишь доказать в суде, что распространение таких сведений имело место, а пациент, как ответчик, обязан в суде доказать, что эти сведения соответствуют действительности. Если он не сможет доказать это, то исковые требования медработника должны быть судом удовлетворены.

2. Сведения, распространяемые в СМИ, порочащие честь, достоинство и репутацию медработника, должны быть опровергнуты в тех же СМИ. Так, если в интернете публикуется новость об очередном враче-преступнике, эта информация быстро распространяется в ряде информационных ресурсов, соответственно, медработник имеет право требовать от всех этих ресурсов (в случае, если они зарегистрированы как СМИ), опровержения информации через суд.

3. В соответствии с ч. 3 ст. 152 ГК РФ, медицинский работник, права которого нарушены, может самостоятельно обратиться в СМИ с заявлением, и СМИ обязано это заявление опубликовать, если будет достоверно доказано, что сведения, опубликованные ранее, являлись порочащими честь и достоинство медика.

В соответствии с гражданским законодательством, медицинский работник имеет право также, наряду с опровержением порочащих его сведений, потребовать и компенсации морального вреда, который причинен распространением таких сведений. Под моральным вредом понимается причинение в результате противоправных, незаконных действий физических и нравственных страданий. Возмещается моральный вред в денежной или иной форме, в размерах, которые устанавливает суд.

Уточним понятия «честь, достоинств, деловая репутация» как нематериальные блага.

Согласно ч. 1 ст. 150 Гражданского кодекса РФ честь, достоинство, деловая репутация являются нематериальными благами, которые имеют следующие характеристики:

- лишены какого-либо экономического содержания и не подлежат денежной оценке;
- неразрывно связаны с личностью правообладателя, вследствие чего не допускают отчуждение или передачу (переход) иным образом, а также отказ от них (их прекращение);
- ограничены требованием, суть которого состоит в том, чтобы осуществление этих прав одним лицом не нарушало прав другого лица (ст. 17, ч. 3 Конституции РФ).

Российское законодательство не дает определения понятий «честь», «достоинство». В современной версии Толкового словаря русского языка В. И. Даля честь определена как «внутреннее, нравственное достоинство человека, доблесть, честность, благородство души и чистая совесть». Достоинство же толкуется как «сан, звание, чин, значенье и пр.». Как видим, эти определения достаточно условны, более того, одно раскрывается через другое, из чего можно сделать вывод о том, что эти понятия в целом сходны по своему содержанию.

Достоинство выступает мерой самооценки индивидуумом своих личностных качеств, способностей, мировоззрения, выполняемого долга и своего общественного значения и выражает представление личности о себе самом.

Репутация личности — это ее оценка обществом, базирующаяся на имеющейся доступной информации в социуме о качествах личности, в т. ч. о ее достоинствах и недостатках. Репутация может позиционироваться условно как хорошая или плохая. Все определяется пропорцией свойств (положительных, отрицательных), имеющихся у объекта оценки.

Деловая репутация гражданина — сложившееся мнение в обществе о деловых (профессиональных) качествах конкретного физического лица в сфере гражданского оборота. Под репутацией понимается создавшееся общее мнение о качествах, достоинствах или недостатках кого-либо, чего-либо, человека, фирмы или товара. Соответственно, под деловой репутацией личности понимается создавшееся общее мнение о профессиональных качествах, достоинствах или недостатках человека, исходя из той профессиональной деятельности, которой он занимается.

Содержание перечисленных нематериальных благ носит субъективный характер и формируется из представлений самого их обладателя, а также из суждений окружающих, причем не всегда эти оценки совпадают.

Так, внутреннее убеждение врача о своей деловой репутации может отличаться от оценки, даваемой его деловой репутации главным врачом медицинской организации или его подчиненными.

Нет необходимости представлять доводы о том, что честью, достоинством и деловой репутацией как охраняемыми и защищаемыми нематериальными благами обладает весь медицинский персонал, начиная от младшей медицинской сестры и заканчивая заместителем главного врача и самим главным врачом.

Правонарушения, касающиеся умаления чести и достоинства медработников, можно разделить на три основных группы: клевета, оскорбление, а также иные правонарушения (применение физического насилия, поступление угроз различного характера медработнику и т.д.).

Так, клеветой является, в соответствии со ст. 128.1 УК РФ, распространение сведений, заведомо для их распространителя ложных, которые порочат честь и достоинство другого человека, либо подрывающих его профессиональную репутацию.

Клевета несколько лет назад была декриминализована, однако в 2012 г. году вновь вернулась в УК РФ. Согласно ч. 2 данной статьи, способами распространения клеветнической информации являются: публикация информации в СМИ и сети Интернет. На различных ресурсах и форумах зачастую публикуется нелестная информация с полными именами врачей и названиями клиник и больниц, в практике уже есть случаи, когда медработники выигрывали суды по распространению таких сведений.

Распространение клеветнической информации имеет место во время публичных выступлений, при подаче заявлений должностным лицам медицинской организации в устной и письменной форме. Например, пожилая женщина после посещения больницы написала жалобу на

нескольких медработников. Впоследствии ни один из приведенных фактов не нашел своего подтверждения. Куда может обратиться медорганизация с вопросом о привлечении пациентки к ответственности?

Механизм защиты в случае распространения клеветы состоит из нескольких последовательных этапов.

1. Необходимо собрать доказательства того, что в отношении медработника распространяются сведения клеветнического характера. Доказательством может быть признана статья из газеты, в которой были опубликованы сведения, видеозаписи телевизионных программ, заверенный нотариусом скриншот публикации в интернете, копия текста жалобы, поданной пациентом.

Каким образом врач должен доказывать, что эти сведения являются порочащими его честь и достоинство?

В первую очередь, информация содержится в медицинских документах, из которых видно, что помощь оказывалась врачом в соответствии с медицинскими стандартами и правилами. Помогут и показания свидетелей. Однако, на этот счет у судей разные мнения. Так, некоторые судьи считают, что свидетельские показания медработников-коллег истца не могут быть объективными, т.к. сотрудники медучреждения заинтересованы в успешном исходе дела.

Являются доказательствам документы, которые подтверждают медицинский стаж врача, его квалификацию. Существуют случаи, когда в качестве доказательства в суде приводились мнения других лиц, которые являются известными профессионалами в своей сфере и подтверждают профессиональную компетентность истца.

2. Обращение с соответствующим заявлением в прокуратуру. При составлении обращения в прокуратуру, врач должен последовательно, верно и правдиво изложить все факты произошедшего. К заявлению прикладываются доказательства распространения порочащих честь и достоинство врача сведений.

Далее необходимо убедиться, что заявление надлежащим образом зарегистрировано (получить регистрационный номер заявления). Необходимо учесть, что в соответствии с законом, данные заявления рассматриваются в течение 30 дней.

3. Обращение в суд с исковым заявлением. В исковом заявлении также подробно и правдиво излагаются все факты, известные медработнику, к нему прикладываются полученные доказательства о распространении клеветнических сведений.

Поскольку административное наказание за клевету упразднено, а уголовное преследование пациента за клевету (ст. 121.1 УК РФ) обычно не практикуется в медицинской среде, то врач может использовать гражданско-правовой способ защиты нематериального блага — обратиться с иском о денежной компенсации причиненного морального вреда. Медицинскому работнику нужно будет доказать факт претерпевания физических и нравственных страданий. Для этого после случившегося инцидента следует обратиться к врачу и зафиксировать реакцию организма на психоэмоциональный стресс: скачок артериального давления, покраснение лица, тремор, прерывистость речи, слезотечение и др.

В приведенном примере если пациентка указала в обращении заведомо ложные сведения о неправомерных действиях медработников, и это нарушило их права, то они могут обратиться в суд с гражданским иском для возмещения причиненных убытков.

Оскорбление представляет собой унижение чести и достоинства другого лица, которое выражено в неприличной форме и карается в административном порядке (ст. 5.61 КоАП РФ).

Например, высказывание гражданина в присутствии сотрудников медицинской организации и других пациентов: «Дура безмозглая, долго еще будешь трепаться со своим хахалем по телефону о своих ночных дежурствах, поди дежуришь в массажном салоне?». Это обращение к медицинскому работнику в форме, которая резко противоречит принятому обращению между людьми.

От медицинского работника потребуется инициатива по сбору доказательств.

В случае оскорблений механизм защиты медработником своих прав выглядит следующим образом.

Необходимо пригласить в свой кабинет как можно большее число свидетелей - очевидцев произошедшего: медперсонал, коллег по работе, других пациентов, охрану медучреждения. Обратим внимание, что вызов других пациентов особенно важен, ведь они не заинтересованы в исходе дела, поэтому в суде их показания будут важны. У свидетелей необходимо узнать домашний адрес, фамилию, имя, отчество и номер контактного телефона. Сотовые телефоны в большинстве своем обладают функциями диктофона, поэтому ими можно воспользоваться, т. к. доказательствами являются и звукозаписи (ч. 2 ст. 26.7 КоАП РФ).

Если в отношении врача совершаются противоправные действия, использование аудиозаписывающих устройств, вполне законно. Для того чтобы суд впоследствии принял звукозапись в качестве доказательства, она должна быть гласной. Совет: включив диктофон, произнесите четко и полностью свое фамилию, имя, отчество, дату, время и место, обозначьте, что идет запись разговора с пациентом в целях защиты своих прав и сбора доказательств. Укажите кто присутствует. Как правило, судьи удовлетворяют ходатайство истца о приобщении такого вещественного доказательства к материалам рассматриваемого дела.

По горячим следам произошедшего следует написать докладную на имя руководителя, в которой изложить обстоятельства. Если данные правонарушителя известны — внести запись в его медицинскую карту амбулаторного больного с указанием даты, времени неадекватного поведения и фактических его действий.

Весьма полезно обращаться в отделение полиции для вызова наряда. Даже если наряд появится, когда нарушитель уже покинет стены медицинской организации, данное обстоятельство тоже будет учитываться судом при рассмотрении дела об административном правонарушении.

Если случаи оскорблений пациентами медицинского персонала начинают носить систематический характер, на видном месте в медицинской организации следует повесить объявление примерно следующего содержания: «Оскорбление медицинского работника влечет административную ответственность по ст. 5.61 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях. Наряд полиции вызывается незамедлительно!».

Следует отметить, что административный штраф — санкция государства за противоправное поведение члена общества, вызывает некоторое удовлетворение (чувство справедливости) у потерпевшего, но не более того, ведь эти деньги направляются в доход соответствующего бюджета. Поэтому обращение в суд с иском о возмещении морального ущерба для медицинского работника более предпочтительно.

Однако медицинские работники мало верят в возможности защититься от оскорблений. Фельдшер скорой помощи города Череповца заявил – «Медики – бесправны, это ключевой момент. Они бесправны перед населением, перед начальством, ни перед кем нет прав. И население, невоспитанное население, невежественное население, оно это понимает и просто-напросто свой накопившийся негатив на нас выливает. А если бы был законодательный статус: за оскорбление – на исправительные работы! – вот тогда задумались бы».

Дело в том, что оскорбления часто сопровождаются различными насильственными действиями со стороны пациента, его родственников или других лиц. В группе особого риска — сотрудники скорой, неотложной помощи, работники городских поликлиник, терапевты и педиатры.

Мы наблюдаем ситуацию, когда медицинские работники скорой медицинской помощи увольняются, а молодые специалисты не идут на работу по причине страха за свою жизнь и здоровье, так как не защищены на законодательном уровне.

Врач должен знать о существовании статьи 6.1.1 КоАП «Побои» (табл. 6.1), которая действует с июля 2016 г., и об уголовной ответственности за причинение вреда здоровью.

Минздрав России предложил дополнить Уголовный кодекс РФ новой статьей. Она предусматривает особое наказание за нападение на медработников, которые исполняют свои профессиональные обязанности. За угрозы, а также за применение насилия, неопасного для жизни и здоровья работников здравоохранения, Минздрав предлагает лишать свободы сроком до 5 лет. Альтернативные меры наказания — штраф до 200 тыс. руб., принудительные работы сроком до 5 лет либо арест на полгода. За применение насилия, опасного для здоровья, Минздрав предложил установить срок до 10 лет. За посягательство на жизнь медработника срок уже составит от 12 до 20

лет либо виновному грозит пожизненное заключение. Эта мера схожа со ст. 317 Уголовного кодекса, которая устанавливает наказание за посягательство на жизнь сотрудника правоохранительных органов.

Таблица 6.1.

Административное правонарушение по ст. 6.1.1 КоАП РФ «Побои»

Административное правонарушение	Элементы состава	Санкции
Статья 6.1.1 КоАП РФ Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, но не повлекших последствий, указанных в статье 115 Уголовного кодекса Российской Федерации, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния	Объект - здоровье населения и общественная нравственность Объективная сторона - действия, посягающие на телесную неприкосновенность личности Субъект - лицо, достигшее 16-летнего возраста Субъективная сторона - умысел	- влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов

«Причиняющий вред медику несет угрозу не только ему, но и пациентам, которых лишает возможности получить своевременную медицинскую помощь», — считает Министр здравоохранения Вероника Скворцова. Так, нападение на врача или фельдшера скорой может стоить жизни больному с жизнеугрожающим состоянием, который нуждается в экстренной помощи. Поправки в Уголовный кодекс Минздрав разработал совместно с Национальной медицинской палатой и Всероссийским государственным университетом юстиции. Так чиновники отреагировали на участившиеся случаи избиения медиков. Последнее громкое дело: пациент застрелил женщину-врача дерматовенеролога в Норильске. За что? Недоволен качеством лечения, требовал к себе повышенного внимания. Так что врачей не только избивают, но и убивают.

Но, как мы уже упоминали, Госдума не спешит с принятием законопроектов, которые защищали бы медработников также, как защищают представителей власти.

Опрос врачей показал, что только 10% врачей считают, что потратили на получение образования 7 лет, а 5% посчитали, что их образование заняло 12 лет. В среднем затраты времени на получение профессионального медицинского образования составляют 9 лет.

В составе опрошенных врачей абсолютное большинство (74%) составляют женщины. Средняя заработная плата опрошенных врачей — примерно 8000 - 12000 рублей в месяц. Но эти доходы имеют серьезную внутригрупповую дифференциацию: зарплата наиболее высокооплачиваемой группы врачей превышает наименее оплачиваемую группу почти в четыре раза.

Возмущение людей в белых халатах вызывает неисполнение или даже прямая фальсификация на местах так называемых майских (2012 г.) указов президента России о совершенствовании системы оплаты труда в государственных медучреждениях. Врачи, говоря об исполнении этих указов, переходят к жестким формулировкам: ложь, подтасовка, «очковтирательство». Речь идет о том, что применяемая с конца 2012 г. года методика Росстата по расчету средней заработной платы не ориентирована на ее повышение, человек получает не по факту занимаемой должности, выслуги лет, образования, специализации - заплата рассчитывается на физическое лицо.

Таким образом, санитарка без какого-либо образования и врач, отучившийся 7 лет в вузе и несущий личную ответственность за каждого больного, могут иметь разницу в зарплате всего 2-3 тысячи рублей. Кроме того, чтобы достичь «показателей роста зарплаты в отрасли», которые зачитывают чиновники с высоких трибун, сотрудники этой самой отрасли должны работать не менее чем на полторы-две ставки.

Медики-бюджетники объявляют голодовки, «итальянские» забастовки и выходят на митинги, заявляя о невозможности выживать на свои зарплаты при уменьшении социальных льгот.

Для большинства врачей (68%) характерна занятость на одну полную ставку. На полторы ставки чаще работают врачи ЦРБ — 41 %, причем мужчины в два раза чаще, чем женщины, работают на полторы ставки. Основная группа врачей (44%) оценивают свой рабочий день как очень загруженный, считают, что его загрузка превышает планку в 100%.

Треть врачей признались, что фактическое время работы превышает установленное от 1 до 10 часов. Еще треть врачей фактически работают с превышением установленного более чем на 4 часа. В то же время ради дополнительного заработка готовы больше работать почти половина респондентов. Многие (в среднем 29%) считают, что интенсивность их труда превышает имеющиеся возможности.

Больше всего не устраивает врачей несоответствие оплаты труда их личному вкладу (53%). Но пропорциональной зависимости влияния размера заработка на уровень удовлетворенности работой не обнаружено. В то же время врачи продолжают представлять собой группу с выраженной альтруистической мотивацией. Они сострадают переживаниям больного и согласны помогать ему даже в ущерб своим собственным материальным и иным интересам. Большинство таких альтруистов — врачи с большим стажем работы (34%), но много и молодых профессионалов (22%), для которых помогать и сострадать больным является личной потребностью. Таким образом, врачи нуждаются в социальной защите и они заслуживают того, чтобы их защищали. Но кто именно?

Кроме государства следует выделить специально организованных субъектов защиты прав врачей. Первый из них — это профессиональный союз медицинских работников.

У врачей сохраняются прежние патерналистские ориентации в отношении профсоюзов. Они расцениваются преимущественно как источник льгот. Это объясняется тем, что большинство членов профсоюза находятся в возрасте, позволяющем им помнить профсоюзные организации времен СССР. Протестные настроения выражены слабо. Это связано в основном со спецификой профессии. Однако потребность в существовании профсоюзов высока (56% респондентов считают, что они необходимы).

Все это говорит о том, что среди медицинских работников сохраняются позитивные ожидания по поводу способности профессионального союза защитить их права, несмотря на то что ни правовой, ни экономической поддержки они от него не получают в том объеме, который необходим.

Крупнейшая после Профсоюза медицинских работников в РФ общественная организация в сфере здравоохранения – это Некоммерческое партнерство «Национальная Медицинская Палата» (НМП). Создана в апреле 2010 года. Учредителями выступили 35 общественных и некоммерческих организаций, объединений и профессиональных ассоциаций

. В состав НМП входит 111 региональных и общероссийских профессиональных медицинских объединений, включая врачей частной практики. Координационные региональные советы НП созданы в Уральском, Сибирском, Приволжском и Центральном федеральных округах.

В 2014 г. году вступил в действие приказ «О взаимодействии МЗ РФ с Некоммерческим партнёрством «Национальная Медицинская Палата» при подготовке нормативных правовых актов, касающихся профессиональной деятельности медицинских работников». Он определяет регламент взаимодействия между Министерством и НМП на всех стадиях обсуждения и утверждения проектов нормативных актов.

В 2013 г. году начал работать Координационный совет, созданный для взаимодействия Национальной медицинской палаты и Минздрава РФ. В рамках него работают одиннадцать рабочих групп.

Еще можно назвать общероссийскую общественную организацию «Объединение медицинских работников» (ООМР). Это некоммерческая организация основной целью деятельности которой является консолидация медицинского сообщества в решении проблем модернизации здравоохранения, правовая и профессиональная поддержка интересов специалистов, занятых в области здравоохранения; а также содействие медицинскому сообществу в разработке и внедрении в здравоохранение оптимальных организационно-методологических форм, методов и новых технологий, призванных улучшить качество жизни граждан РФ.

Одно из старейших российских профессиональных объединений медиков - Союз педиатров России. Его история восходит к началу XX века, когда в 1912 г. состоялся первый Съезд детских врачей России, а в дальнейшем в 1927 г. произошло юридическое оформление – было создано общество детских врачей Советского Союза.

Принципиально новым, субъектом защиты прав врачей сегодня выступают страховые компании. Страховая защита — одна из самых надежных, прежде всего в ситуациях врачебных ошибок.

Сейчас обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников особенно актуально потому, что позволяет:

- обеспечить гарантии возмещения вреда в случае его причинения при оказании медицинской помощи; уменьшить убытки медицинских организаций, обусловленные возмещением вреда;
- снизить риск банкротства и ликвидации медицинских организаций, когда такой риск обусловлен невозможностью погашения задолженности из-за отсутствия денежных средств;
- снизить объем убытков у государства (казны, бюджета), на которое в ряде случаев может быть возложена ответственность как на собственника по долям созданных им учреждений и организаций;
- повысить качество оказываемых медицинских услуг;
- снизить уровень конфликтности, так как для пациента гарантировано возмещение причиненного ущерба, а для врача обеспечен механизм разрешения данного юридического конфликта.

В принципе права врачей лучше других должны защищать профессиональные ассоциации, как это делается в западных странах. У нас ситуация несколько иная. Опрос показал, что врачи относятся к своим ассоциациям как к потенциальным защитникам их прав (52%), но механизм защиты прав врачей медицинскими ассоциациями разработан пока недостаточно: их заключения не имеют юридической силы в судах, они не признаются партнерами в выработке экономической стратегии здравоохранения.

Таким образом, условия труда, уровень оплаты труда, недостатки организационно-правовой деятельности субъектов защиты прав врачей позволяют отнести специалистов здравоохранения к слабо защищенной профессиональной группе.

Контрольные вопросы:

1. Кто имеет право на осуществление медицинской деятельности в РФ?
2. Что такое «аккредитация специалиста»?
3. Дайте определение понятию «медицинский работник».
4. Дайте определение понятию «фармацевтический работник»
5. Что понимается под медицинской деятельностью?
6. Дайте определение понятию «лечащий врач».
7. Дайте определение понятию «консилиум врачей»
8. Приведите положения статьи 48 Закона об охране здоровья – «Врачебная комиссия и консилиум врачей».
9. В соответствии со ст. 70 Закона об охране здоровья п. 3. «Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом… медицинской организации … может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения...». Есть ли в Законе указание на причины, по которым лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения? Перечислите эти причины, ссылаясь на соответствующие статьи.
10. Охарактеризуйте статью 72 Закона об охране здоровья - «Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования».
11. Перечислите права медицинских и фармацевтических работников. Какие из этих прав являются специфичными только для медицинского труда?
12. Охарактеризуйте статью 76 Закона об охране здоровья - «Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками».

13. Охарактеризуйте статью 73 Закона об охране здоровья - «Обязанности медицинских работников».

14. Дайте определение понятиям: «квалификация», «должностная инструкция», «служебные обязанности», «должностные обязанности».

15. Охарактеризуйте обязанности фармацевтических работников.

16. Охарактеризуйте статью 74 Закона об охране здоровья - «Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности».

17. Охарактеризуйте статью 75 Закона об охране здоровья - «Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности».

18. Дайте определение понятию «конфликт интересов».

19. Назовите «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования», согласно статье 82 ФЗ «Об образовании в РФ», 2014 г.

20. Охарактеризуйте статью 78 Закона об охране здоровья - «Права медицинских организаций».

21. Охарактеризуйте статью 79 Закона об охране здоровья – «Обязанности медицинских организаций».

22. Какие отличия имеют врачи как специфическая профессиональная группа?

23. Какие факторы способствуют падению престижа врача в обществе.

24. Что свидетельствует о низком уровне социальной защищенности врачей.

25. Назовите нормативные документы, гарантирующие правовую защищенность врача.

26. Охарактеризуйте субъектов защиты прав врачей.

27. Чем отличается защита прав врачей страховыми компаниями (страховая защита)?

28. Какие преимущества имеет обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников?

ТЕМА: ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ЯТРОГЕНИИ. ПРАВОНАРУШЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Цель: уяснение студентами этических и правовых аспектов врачебных ошибок и ятрогений и ответственности врача за причинение вреда жизни и здоровью пациента; совершенствование умений анализа профессиональных и должностных преступлений в здравоохранении

План

1. Человеческие ошибки и их роль в возникновении неблагоприятных последствий. Опасность, ошибка, осложнения, остаточные следствия в лечебном процессе.
2. Понятие врачебной ошибки. Виды врачебных ошибок. Причины врачебных ошибок.
3. Ятрогении: понятие, история вопроса. Классификация ятрогенных поражений. Предотвращение врачебных ошибок и ятрогений.
4. Юридическая ответственность медицинских работников.
5. Должностные правонарушения.
6. Последствия судимости для врача.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016 г. с изменениями, вступившими в силу с 01.01.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики /А.П. Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 848 с. (С. 276-306).
3. Избранные лекции по дисциплине Правоведение [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина/ Кубанский государственный медицинский университет – Краснодар ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, 2011 г. – 204 с.

Дополнительная

1. Леонтьев, О. В. Законодательство России о здравоохранении: учеб. пособ. / О. В. Леонтьев, С. Л. Плавинский. - СПб. : СпецЛит, 2013 г. - 64 с. (С. 38-45).
2. Грошев А.В., Епифанова Е.В. Уголовная ответственность медработников за нарушение прав пациентов // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2016 г., № 2. - С. 28-37; № 3. - С. 32-40; № 4. - С. 20-27; №5. – С. 30-38.
3. Ерохина Т.В. Административная ответственность за правонарушения, посягающие на здоровье граждан // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2016 г., № 5. - С. 18-28.
4. Козьминых Е.В. Неоказание помощи больному со смертельным исходом: виновен ли врач? // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2016 г., № 2. - С. 86-104.
5. Породенко В.А., Ломакина Л.И., Травенко Е.Н., Быстрова Е.Н., Ильина А.В. Проблемы и противоречия в законодательстве, относящемся к правонарушениям субъектов медицинской деятельности / Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы): Материалы III межрегиональной научно-практической конференции – М.: Национальный институт медицинского права, 2014 г. – 240 с. С. 177-182.
6. Правовые последствия погашения и снятия судимости / В. В. Голубев, В. А. Казакова // Российский следователь. – 2016 г., № 8. – С. 12-17.
7. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

1. Человеческие ошибки и их роль в возникновении неблагоприятных последствий

Историки спорят, кому принадлежит выражение, ставшее крылатым – «Человеку свойственно ошибаться». Этот расхожий афоризм впервые произнёс греческий поэт и философ Феогнид (6 в. до н.э.). Потом его неоднократно повторяли многие мыслители - от Софокла до Цицерона в его латинской форме – «Errare huma num est». Еврипид утверждал – «Всем людям свойственно ошибаться». Цицерон высказывался несколько по-другому – «Человеку свойственно ошибаться, но никому, кроме глупца не свойственно упорствовать в своей ошибке».

Этот афоризм, выражаемый обычно как сожаление, как бы служит индульгенцией для допустившего ошибку врача, который тоже ведь человек, а человеку свойственно ошибаться. Действительно, большинство врачебных ошибок относится к так называемым человеческим ошибкам. Этот вид ошибок, ведущих к осложнению и неблагоприятному исходу, надо отличать от отказа оборудования, что весьма важно для юридического анализа, так как человеческие ошибки, а не отказ оборудования, составляют свыше двух третей всех несчастий в критических ситуациях вообще, а не только в медицине.

Думающие врачи во все времена понимали, что никто не может обойтись без ошибок. Однако, одно дело, пропущенная запятая в диктанте, и другое – в рецепте; ошибка в расчете своего бюджета на месяц одно дело, а ошибка в дозе облучения или концентрации препарата?

Один из врачей древности говорил, что медицина является историей человеческих ошибок.

В медицине «человеческие» ошибки иногда отождествляют с ятрогенией, хотя ятрогения более широкое понятие.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

В 12 веке врач и философ Моисей Маймонид создал «Ежедневную молитву врача»: - «Всемогущий! Сделай меня умеренным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последнем я хочу оставаться ненасытным… Дай мне силу, волю и способности для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки».

В прошлом считалось, что только совесть врача была главным судьёй врачебных ошибок, другие полагают, что судья должен быть более беспристрастным, и ищут иной подход к решению проблемы. Иногда этот «судья» устраивал настоящий самосуд, подчас крайне несправедливый. Так, 44-летний профессор-хирург Сергей Петрович Коломнин (1842-1886), основоположник внутриартериального нагнетания крови и один из пионеров местной анестезии, застрелился после того, как оперированная им больная с язвой прямой кишки умерла от передозировки кокаина, использованного для местной анестезии. Это было на заре местной анестезии: только в 1884 г., то есть за полтора года до этого, В.К. Анреп в России, а К. Коллер в Австрии применили кокаин для местной анестезии, и большого опыта её проведения тогда не было ни у кого.

Профессор А.П. Зильбер, основатель новой медицинской специальности – анестезиологии-реаниматологии, анализируя причины дефектов оказания медицинской помощи, в 1998 году выделил этапы возникновения и развития неблагоприятных исходов (табл. 1.1) - опасность, ошибка, осложнения, остаточные следствия в лечебном процессе.

В Толковом словаре русского языка Д.Н. Ушакова опасность описывается как возможность, угроза бедствия, катастрофы, чего-нибудь нежелательного. Оценка опасностей позволяет заранее обдумать возможные осложнения у конкретного больного. В медицине «Опасность - это особенности состояния больного или применяемого метода, чреватые возможностью осложнения или ухудшения состояния именно у этого больного в данных условиях кадрового и материального обеспечения».

Такое определение нацеливает врача на предварительные обдумывания индивидуальных особенностей не только самого больного, но и методов, которые мы собираемся у него применять,

(даже специфических черт хирурга, который будет оперировать), наличия мониторов и т. п.

Таблица 1.1.

Последовательные этапы возникновения неблагоприятных исходов в медицине

1 этап	Опасность	- возможность, угроза бедствия, катастрофы, чего-нибудь нежелательного (особенности состояния больного или применяемого метода, чреватые возможностью осложнения)
2 этап	Ошибка	- неучтённые или незамеченные опасности (неправильная оценка состояния больного или выбор метода и его процедуры и т. д.)
3 этап	Осложнение	- потеря управления функцией как следствие ошибки или несовершенства медицины (всякий присоединившийся к основному страданию патологический процесс)
4 этап	Остаточные следствия	- стойкий неблагоприятный результат осложнения или самой патологии

Ошибкой в Толковом словаре называется неправильность в действиях, поступках, высказываниях, мыслях, погрешность. В медицине «Ошибка - это неправильная оценка состояния больного, неправильный выбор метода и его процедуры, которые могли вызвать или вызвали осложнение, или ухудшение состояния», то есть ошибка - это неучтённые или незамеченные опасности**.**

Нобелевский лауреат по физике Нильс Бора (1885-1962) сказал: «Специалист – это тот, кто знает привычные ошибки в своей области и умеет их избегать». То есть, избегнув ошибки, можно предотвратить осложнение.

Согласно определению, приведённому в БМЭ, осложнение - это «всякий присоединившийся к основному страданию патологический процесс, не обязательный при данном заболевании или повреждении, но в своём возникновении связанный с расстройствами, закономерно возникающими при основном страдании».

Осложнения могут быть следствиями и лечебного эффекта лекарств или процедур, и врачебных действий. БМЭ рекомендует отличать осложнение от интеркуррентных заболеваний (не связанных с основной этиологией и патогенезом) и отдалённых последствий болезни (стойких патологических изменений). Таким образом, осложнение - это потеря управления функцией как следствие ошибки или несовершенства медицины.

Обратим внимание на то, что в данном определении подчёркиваются две причины осложнения: ошибка (как незамеченные или неучтённые опасности) и несовершенство медицины.

Дело в том, что триада опасность> ошибка> осложнение - это система, которая заставляет подумать об осложнении заранее, когда его нет и в помине. Следовательно, когда оно всё-таки возникнет, несмотря на предосторожности, которые мы предпримем, справиться с ним будет легче.

Остаточным следствием называется стойкий неблагоприятный результат осложнения или самой патологии**.** Остаточные следствия могут сопровождаться стойкой утратой трудоспособности, инвалидностью, которая должна учитываться при юридическом анализе осложнений.

Рассмотренные 4 «О» отражают последовательные этапы возникновения несчастий и неблагоприятных исходов в медицине. Чем раньше врач эффективно вмешается в этот процесс, тем вероятнее, что несчастье не возникнет или хотя бы не перейдёт в деяние, называемое преступлением. Правильно осмыслив опасности, мы не сделаем ошибку и тогда не возникнет осложнение, а если всё же возникнет, то как предвиденное, а, следовательно, легче и надёжнее устраняемое и не переходящее в остаточные следствия, чреватые гражданским иском или, того хуже, уголовным делом.

2. Понятие врачебной ошибки. Виды врачебных ошибок. Причины врачебных ошибок

В «Большой медицинской энциклопедии» дается определение: «Врачебные ошибки – добросовестные заблуждения врача в его профессиональной деятельности, имеющие в основе: несовершенство современного состояния медицинской науки и методов обследования больного, объективные внешние условия работы врача, а также недостаточную подготовку».

Возникает вопрос, если врач имеет недостаточную подготовку, то почему он получил диплом, сертификат? Но далее мы читаем: «…Врачебную ошибку следует отличать от несчастных случаев, небрежности, халатности или сознательных преступных действий врача. Под понятие врачебной ошибки также нельзя подвести заблуждение, основанное на медицинском невежестве врача, которое так именно и должно быть квалифицировано.

Врачебные ошибки, основанные на несовершенстве современного состояния науки и методов обследования больного, встречаются даже у опытных врачей…».

Разумеется, врачебные ошибки подлежат обязательному анализу, чтобы найти их корни и способствовать их ликвидации или хотя бы сокращению.

Несовершенство медицины, отсутствие необходимой медицинской технологии, чрезвычайная атипичность случая или индивидуальные особенности больного, которые не могли быть квалифицированы заранее как опасность, а также усталость или болезнь врача, ведущие к несчастьям, могут быть связаны с нерациональным или нарушающим законодательство графиком дежурств, и тогда юридическую ответственность могут нести должностные лица.

Количество врачебных ошибок в Германии ежегодно составляет до 100 тыс. случаев по оценке организации по защите прав пациентов. В России нет такой организации и нет статистики.

Врачебное сообщество до сих пор основывается на определении И.В. Давыдовского, относящемся ещё к 1928 г.: «врачебная ошибка - это добросовестное заблуждение врача, исключающее уголовную ответственность». Судебный медик В.О. Плаксин с соавт. придерживаются более широкого толкования врачебных ошибок, считая ими «любое отклонение от правильных действий медицинских работников» и разделяя ошибки на «грубые дефекты», имеющие причинную связь с действиями (бездействием) медицинских работников, и «другие недостатки» (не имеющие такой причинной связи).

Юристы не придерживаются такой терминологии как врачебная ошибка или несчастный случай, используемые для характеристики деяний врача, не содержащих состава преступления и не влекущих за собой уголовную ответственность. К этому не подходит причинение смерти или вреда здоровью больного по неосторожности, описываемые в статьях УК РФ (105 и 109 и др.).

Уголовной ответственности при ненадлежащем исполнении врачом своих профессиональных обязанностей подлежит преступная неосторожность**,** которая может быть разделена на 3 вида нарушений:

1) преступная небрежность, то есть пренебрежение видимой или известной опасностью,

2) преступная самонадеянность, то есть необоснованная надежда избежать осложнения,

3) преступное невежество, которое мы рассматриваем как недостаточность профессиональных знаний при возможности и необходимости их получения.

Последний вид нарушения не оговорён в УК, но вытекает из духа закона. Преступное невежество может быть связано и с плохим профессиональным отбором, начиная с поступления в медицинский ВУЗ, и с качеством подготовки в ВУЗе, и с неправильной кадровой политикой в лечебном учреждении, и, наконец, с незаинтересованностью самого врача.

В медицине преступная неосторожность может вылиться в 3 опасные следствия: несвоевременное, недостаточное и неправильное оказание помощи.

Отличие врачебной ошибки от преступления и проступка - отсутствие вины в любой форме.

Несчастный случай в медицине - непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью или смерть и которое нельзя было предвидеть даже при самой добросовестной работе врачей и среднего медицинского персонала.

Согласно статье 28 УК РФ «Невиновное причинение вреда» - «Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дело не должно

было или не могло их предвидеть». В то время как врачебная ошибка – это добросовестное заблуждение врача в своих суждениях и действиях при исключении небрежности, легкомыслия или медицинского невежества.

Некоторые исследователи предлагают различать ошибки в этико-деонтологическом поведении медицинского персонала, но это вызывает возражения даже у юристов, которые справедливо замечают, что о незнании врачом моральных принципов не может быть и речи, ибо несоблюдение их не может быть расценено как ошибка – это первый признак профессиональной непригодности.

Причины врачебных ошибок: объективные - обусловлены уровнем развития медицины как науки, субъективные - обусловлены недооценкой или переоценкой врачом данных анамнеза или лабораторных исследований.

Профессор Ю.Д. Сергеев, директор Центра правовых и экспертных проблем медицины, доктор юридических и доктор медицинских наук, насчитал в медицинской литературе не менее 65 промежуточных определений, понятий и признаков врачебных ошибок. Ю.Д. Сергеев считает, что использование термина «врачебная ошибка» в экспертной оценке и практике нецелесообразно и неоправданно. Однако, учитывая уровень правосознания общества и пока ещё не слишком высокую правовую культуру медицинских работников (над повышением которой как раз и работают профессор Ю.Д. Сергеев и его центр), мы пока не отказываемся от понятия врачебная ошибка как альтернативы уголовно наказуемому деянию. При этом считаем, что врачебная ошибка - это добросовестное заблуждение врача без элементов небрежности, легкомыслия и преступного профессионального невежества.

Как современные врачи используют понятие «врачебная ошибка»?

Современная медицина — область высоких рисков. Особенно высоки риски при выполнении хирургических и других инвазивных вмешательств. Как расценить технический дефект медицинского вмешательства, если врач выполнял свои обязанности самым тщательным и добросовестным образом? Не сговариваясь, врачи стали использовать в таком случае термин «врачебная ошибка», расширив определение, данное И. В. Давыдовским.

Таким образом, под врачебной ошибкой врачебное сообщество все чаще стало понимать дефект медицинской помощи, возникший в результате добросовестного выполнения врачом своих профессиональных обязанностей, не связанный с халатностью, небрежностью, легкомыслием или невежеством. В настоящее время, разбирая врачебные ошибки, различают ошибки планирования медицинской помощи и ошибки исполнения, когда задуманный план лечения не удается довести до намеченной цели, несмотря на высокий профессионализм и добросовестность врача.

Чем дефект медицинской помощи отличается от врачебной ошибки? Юридический словарь не содержит понятия «врачебная ошибка», и когда медицинские работники используют его в правовом поле, их не понимают. Между тем рост судебных исков требует от врачей умения разговаривать с юристами на общем языке.

Дефект медицинской помощи можно определить как нарушение принятых в медицинской практике норм, правил, обычаев и т. п., отступление от сложившейся практики оказания медицинской помощи, повлекшее или не повлекшее за собой причинение вреда пациенту.

Термин «дефект медицинской помощи» не является синонимом термина «врачебная ошибка» и не может быть применен к добросовестным действиям, оказавшимся объективно неправильными не по вине врача. Эту мысль наглядно демонстрирует следующий пример.

Пример: В операционной ране оставлена салфетка, в результате чего у больного возникло нагноение, которое потребовало повторной операции и длительного лечения. В сегодняшних условиях эту ситуацию однозначно оценивают как дефект медицинской помощи, т. к. такое становится возможным только если врач (вместе с медицинской сестрой) нарушит требование о подсчете инструментов и расходных материалов, выданных хирургу и возвращенных им после использования, или не учтут увеличение количества тех же салфеток в результате их разделения (разрезания) в ходе операции.

Но так ли оценивалась эта же ситуация, к примеру, в середине XIX в., когда правила об обязательном подсчете инструментов и салфеток еще не существовало и хирурги еще не осознали серьезности проблемы оставления инородных тел в ране? Очевидно, что в то время каждый такой случай рассматривался как трагическая и необъяснимая ошибка.

3. Ятрогении: понятие, история вопроса. Классификация ятрогенных поражений. Предотвращение врачебных ошибок и ятрогений

Иатрогения (от греческого iatros- врач и genes-порождаемый, возникающий) в буквальном смысле слова означает все патологические изменения в организме человека, возникающие, порождаемые деятельностью врача, лечением.

Когда-то ятрогенией называли заболевание, возникающее как реакция на неправильно истолкованные больным слова или поведение врача, на прочитанную медицинскую, в том числе популярную литературу.

Такое толкование и сам термин ятрогения впервые использовал немецкий психиатр О. Бумке в своей работе «Врач как причина душевных расстройств». В отечественную литературу и сам термин, и его «психогенное» толкование принёс Р.А. Лурия своей книгой «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания», впервые вышедшей в 1939 г.

Традиционные для отечественной литературы трактовки иатрогении по Большой Медицинской Энциклопедии: «психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников — неправильных, неосторожных высказываний или действий» или закрепленные, в определении Ю. Е. Вельтищева (1994), отклонения в состоянии больного, которые обусловлены необдуманными заключениями, ошибочными высказываниями, самоуверенностью врача, нарушениями медицинской этики. Два последних определения иатрогении относятся к врачебным ошибкам (при вольных и невольных деонтологических просчетах), а правильным, считает известный современный педиатр Шабанов, определение, исходящее из буквальной трактовки слова, ибо не всегда иатрогения — следствие ошибки врача.

А.В. Тихомиров, адвокат и врач, доктор медицинских наук, кандидат юридических наук, использует определение, применяемое в судебной медицине – ятрогения – это негативные последствия воздействия врача (независимо слова или дела) на пациента. А.В. Тихомиров ввел понятие ятрогенный деликт, т.е. правонарушение, берущее свое начало из профессиональных действий медика, включающих виновное причинение вреда.

По мнению А.П. Зильбера, *ятрогения - это любая патология, возникающая в связи с медицинскими действиями - профилактическими, диагностическими, лечебными.*

Это современное расширенное толкование термина, относящегося в прошлом к сравнительно редким медицинским ситуациям. С этим толкованием согласны далеко не все специалисты, и по этой проблеме дискуссии в журнале «Архив патологии» и др. изданиях не закончились до сих пор.

В связи с этим следует остановиться на анализе ятрогении как следствия инвазивности медицины.

Современная медицина становится всё более агрессивной. Если раньше под ятрогенией подразумевались неправильные действия врача или их неправильное истолкование больным, то прогресс современной медицины привёл сегодня к тому, что и правильные медицинские действия могут вызывать патологические реакции, требующие своевременного распознавания, устранения и профилактики.

Приведем лишь три примера: нозокомеальные заболевания, постреанимационная болезнь и лекарственная болезнь.

По данным президента РАМН В. И. Покровского (1991), различные формы нозокомеальных заболеваний (от греч. Nosokomeo — ухаживать за больным) наблюдают у 5-20 % госпитализированных больных при средних показателях летальности 25 %**.** Конечно, основная причина этих болезней — недостаточность соблюдения в стационарах современных правил асептики и антисептики, но зачастую они следствие возраста больных, особенностей патогенеза, тяжести болезни, экологических факторов, низкого материального обеспечения больниц.

Постреанимационная болезнь в трактовке В. А. Неговского и соавт. (1967-1987) обусловлена тем, что «Человек — единственное существо в мире, которое создает новые болезни, и не только потому, что не умеет управлять окружающей средой и социальными процессами, но как можно видеть, и потому, что проникает в существо живых процессов так глубоко, как это не было предусмотрено эволюцией. Реанимационное вмешательство, прервав умирание, не только не обеспечивает восстановление функций организма, но и развязывает ряд новых патологических процессов. Эти процессы приводят к развязыванию новых патологических изменений, которые и могут оказаться причиной гибели оживляемого организма».

Постреанимационная болезнь (ПРБ) — иатрогенна по своей формальной природе, но является не следствием врачебной ошибки (хотя и этот фактор может участвовать в ее этиологии), а результатом особого состояния организма, перенесшего терминальное состояние. Основную роль в патогенезе ПРБ отводят постишемической гиперреоксигенации и гиперрециркуляции, особенно в мозге, ибо у 50 % перенесших реанимацию, по данным В. А. Неговского, возникают клинически значимые постреанимационные изменения в мозге.

Лекарственная болезнь в различных ее вариантах может быть выявлена по данным С. Е. Северовой у 3-5 % госпитализированных взрослых больных. Безусловно, существуют и тяжелые, но редкие осложнения на лекарства, связанные с наследственным предрасположением, например: апластическая анемия при применении левомицетина, анальгина; синдром Рея у детей раннего возраста при назначении аспирина; анафилактический шок при парентеральном лечении пенициллином; гемолитические кризы у больных с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов и т. д.

Можно ли всех больных с упомянутыми осложнениями отнести к несчастным случаям, как это рекомендует Ю. Е. Вельтищев? И да, и нет.

Врач, зная о возможности таких осложнений, должен собрать анамнез о возможных в прошлом нетяжелых реакциях на предполагающийся к назначению медикамент, как у ребенка, так и в семье (нередко именно семейный анамнез дает ключ к предотвращению осложнений лекарственной терапии у ребенка), а также обязан рано выявлять эти осложнения лекарственной терапии. Зачастую приходится и отказываться от широкого применения ряда лекарств (например, аспирина — ацетилсалициловой кислоты у детей раннего возраста или левомицетина; за рубежом отказались и от применения анальгина). Это же относится к осложнениям (или точнее — проявлениям действенности) цитостатической терапии, лечения глюкокортикоидами, гепарином, препаратами крови и т. д. Они должны применяться по строгим показаниям при жизнеугрожающем течении болезни, они должны быть Ultimo ratio (последним поводом — лат.).

Иатрогения, к сожалению, по мере прогресса медицины нарастает. ВОЗ в 1985 г. констатировала: за прошедшие 40 лет медицина смогла уничтожить одно заболевание — натуральную оспу, но появилось 18 новых, в том числе такие болезни новорожденных, как бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных (ретролентальная фиброплазия), язвенно-некротический энтероколит. Ежегодно в мире публикуется около 2000 статей, в названии которых есть указания на иатрогению. Можно сказать, что врач становится важнейшим вредным «экологическим» фактором для внутренней среды человека**.** Все это требует тщательного обдумывания и контроля, особенно при так называемой агрессивной, т. е. массивной, как по дозам, так и по комбинации препаратов фармакотерапии.

Поэтому, учитывая важность последующего юридического анализа ятрогении и необходимость чётких формулировок в юриспруденции и смежных с ней областях, Зильбер даёт следующее определение ятрогенному поражению: «ятрогенное поражение - это неумышленное или неизбежное повреждение функции или структуры организма, вызванное медицинскими действиями».

Пример неумышленного повреждения - переломы рёбер при сердечно-лёгочной реанимации у лиц старческого возраста, пример *неизбежного* - реперфузионные поражения при нормализации кровотока после гиповолемии или ишемии, в том числе глобальной, при успешной сердечно-лёгочной реанимации.

В определении ятрогении слова неумышленное или неизбежное повреждение, подразумевает, что обвинительный пыл надо направить на агрессивность и инвазивность медицины, а не на её служителей.

При таком понимании ятрогении с ней не будут идентифицировать врачебную ошибку, несчастный случай, неумышленное причинение вреда здоровью и другие понятия. Они могут иметь отношение к разбору ятрогенного поражения, но не к её сути.

С точки зрения юриста, в определении ятрогении, напрашивается к «медицинским действиям» добавление «бездействия». Однако это неоправданно расширило бы патологию, относимую к ятрогении: к ней тогда можно было бы причислить все болезни, возникшие от неоказания или

несвоевременного оказания медицинской помощи. И без того в ятрогении как бы присутствует «дух» виновности врача, и от этого духа, как считает А.П. Зильбер, надо избавляться и врачам, и юристам.

Существует много других определений и классификаций ятрогении, поскольку в последние годы медицина становится всё более агрессивной, а правовая культура и больных, и медицинских работников только пробуждается.

Ятрогенные реакции и болезни А.П. Зильбер предлагает разделить на 4 группы (табл. 3.1).

Таблица 3.1.

Классификация ятрогенных поражений (по А.П. Зильберу)

1 группа	Связанные с диагностическими процедурами	- инструментальные повреждения эндоскопами и др. диагностическими приборами, - радиационные поражения при рентгено- и радиологических исследованиях, - аллергические и токсические реакции на контрастные вещества и тест-препараты.
2 группа	Связанные с лечебными действиями	- лекарственная болезнь от «преднамеренной» (химиотерапия) и непреднамеренной медикаментозной интоксикации, - аллергические реакции на медикаменты, включая лекарственный анафилактический шок, - радиационное поражение при лучевой терапии, - пункционные, инъекционные, инфузионные и др. повреждения органов и тканей, - операционный стресс и механическое повреждение органов.
3 группа	Связанные с профилактическими мерами	- реакция на вакцинацию, - инфекционно-воспалительные поражения вследствие инъекций.
4 группа	Информационные	- реакция на слова медицинских работников, - действие популярной литературы, медицинских книг и статей, - самолечение и обращение к шарлатанам под влиянием молвы и преступной рекламы в СМИ.

Характеристика ятрогенных поражений показывет, что ятрогенная патология возникает и связи с одним из трёх эффектов или с их комплексом;

- неизбежное действие самого метода (например, всякая операция даёт операционный стресс, всякая массивная инфузия повреждает лёгкие, систему крови и др., всякая реанимация даёт реперфузионные поражения и т. п.),

- действие избыточной дозы или режима (в том числе при недооценке индивидуальной чувствительности больного),

- влияние погрешностей процедуры (например, газовая эмболия при внутривенной инфузии).

Следует остановиться на этической и юридической оценке ятрогенных поражений.

Со своего первого появления термин ятрогения получил оттенок виновности врача. Если в давние времена этот оттенок имел этический смысл («врач не умеет разговаривать с больным»), то в наше время примата рыночных отношений во всех сферах человеческих контактов ятрогения всё чаще оценивается с позиций права.

По своей сути ятрогения далеко не всегда является следствием ошибки, небрежности, легкомыслия, халатности, то есть деяний, за которые предусмотрена административная, гражданская и уголовная ответственность. Нередко, а, пожалуй, даже часто ятрогения истекает из самой сущности современной агрессивной медицины, и это должны знать и понимать и больные, и врачи, и администраторы, и юристы.

Ликвидация гиповолемии, проведение искусственной вентиляции лёгких, массивная трансфузионная терапия, оперативное лечение, сердечно-лёгочная реанимация и т. п. - все эти и многие другие методы, даже при безупречном их применении, могут вызывать новое повреждение

структуры и функций организма.

Если это новое поражение более неприятно или опасно, чем то, для устранения которого предпринимались вызвавшие ятрогению действия, то следует ли удивляться недовольству и претензиям больных, их родственников, администраторов, закона?

Если недовольство можно отнести к эмоциям и подойти к их рассмотрению с этических позиций, то претензии всё чаще приходится оценивать с позиций права. Необходимо поэтому установить, какие ятрогенные поражения могут ограничиться этическими рассуждениями, а какие требуют правовой оценки.

С одной стороны, ятрогения - это дополнительная патология, причинение вреда здоровью при выполнении медицинских действий. С другой стороны, этот вред может быть неизбежен в силу специфики устраняемой патологии или самого метода интенсивной терапии, применённого вполне обоснованно. В этом случае следует говорить об «обоснованном риске».

Никакой виновности врача или иного медицинского работника нет, если соблюдены следующие 5 условий:

1) больной полностью информирован о возможности ятрогенного поражения и дал осознанное согласие на применение метода(ов) интенсивной терапии;

2) врач не мог, в силу объективных обстоятельств, применить менее инвазивный или более безопасный метод для устранения основной патологии;

3) была учтена индивидуальная чувствительность больного или иные его особенности, которые могли бы усугубить ятрогенное поражение;

4) были предприняты профилактические меры предупреждения или сокращения ятрогенной патологии, проводился рациональный мониторинг и оптимальные методы устранения возникшей ятрогении;

5) ятрогения не могла быть прогнозирована, но условия п. 4 были соблюдены.

При соблюдении названных 5 условий в неблагоприятном течении и исходе ятрогенной патологии нет вины врача, за которую он должен был бы нести юридическую ответственность, то есть дисциплинарную, административную, гражданскую или уголовную.

Нередко при наличии жалобы больного или его родственников администратор объявляет врачу выговор, чтобы остановить ни этом этапе дальнейшее разбирательство. Иногда это путь удобный, но в любом случае неправильный, потому что, во-первых, медицинский риск должен осознаваться всеми, включая широкие массы населения. В конечном счёте от этого выиграют все - и медицина, и больные, и медицинские работники.

Во-вторых, дисциплинарное наказание подразумевает виновность врача, и за этим могут последовать гражданский иск и другие юридические последствия.

Во всех остальных случаях возникновения ятрогении она может быть оценена как неумышленное причинение вреда здоровью с использованием соответствующих статей Гражданского кодекса РФ (503, 732, 737, 739, 783, 1064, 1067, 1073, 1074, 1083), Уголовного кодекса РФ (26, 28, 41, 109, 118).

Резюмируя рассуждения о ятрогении, уточним:

- смысл, вкладываемый сегодня в термин ятрогения, не соответствует буквальному переводу слова и часто означает ухудшение здоровья;

- ятрогения в медицине встречается столь часто, что должна обсуждаться и изучаться гораздо шире и глубже, чем это делается сегодня;

- ятрогения во многих случаях является следствием не вины медицинских работников, а несовершенства медицины, которая заведомо предполагает ятрогенное поражение в своих теоретических допущениях и практических рекомендациях;

- именно поэтому такое несовершенство медицины должно быть широко известно больным, которых следует знакомить с естественным риском любых медицинских действий и тем самым избавлять больных, врачей, медицину и юриспруденцию от заведомо ненужных последующих разбирательств.

Медицинская наука на протяжении всей истории своего развития разрабатывала и внедряла способы предотвращения врачебных ошибок, которые сводятся к следующему:

1. Учение. Еще «Врачебный Устав России» 19 века предписывал – «Когда медицинским начальством будет признано, что врач по незнанию допускает явные ошибки, то им воспрещается практика. Доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела.…».

2. Консилиумы. Появление консилиумов можно объяснить как меру предупреждения врачебных ошибок. Бог Конс в Древнем Риме считался покровителем зрелых колосьев и зрелых мыслей. Опытные врачи давали советы, но ответственность за жизнь больного нес и несет только лечащий врач.

3. Клиническое обучение. Со времен Гиппократа в медицине появилось так называемое клиническое обучение (от греч. – постельный). Но долгое время будущий врач являлся статистом и зрителем в медицинском театре (по аналогии с анатомическим театром). Подлинное клиническое обучение появилось в Европе в конце 18 в., а в Московском университете в 19 в. С тех пор опытные клиницисты обучают студентов старших курсов или молодых врачей новейшим способам диагностики и лечения.

4. Клинико-анатомическая конференция. Для предупреждения ошибок наиболее сложные случаи разбираются на клинической конференции. В 1761 г. вышел классический труд итальянского врача Дж. Морганьи «О местонахождении и причинах болезней, открываемых посредством рассечения», положивший начало патанатомии как науке, ее развитие привело к созданию прозекторской службы, которая помогала не только установить, что послужило причиной смерти, но и выявить, на каком этапе была допущена диагностическая или тактическая ошибка.

Кафедры патологической анатомии появляются в Европе и в России в первой половине 19 в. Надежды на то, что с помощью патанатомии количество ошибок снизится значительно, оправдались не полностью. Наука и практика не всегда шагают в ногу. В 1793 г. выдающийся немецкий терапевт Гуфеланд писал: «Никогда еще состояние медицины не было так совершенно, так всеобъемлюще, так развито, как теперь». В то время средняя продолжительность жизни составляла 30 лет, а смерть от аппендицита или туберкулеза считалась столь же неизбежной, как от чумы или холеры.

В настоящее время наука шагнула далеко вперед, но научно-технический прогресс в здравоохранении обгоняет совершенствование нравственных норм и этическую подготовку специалистов. Медики переместили центр внимания с исцеления на роман с бездушной технологией. Это увеличивает доходы. Проводить много времени у постели пациента считается «неэкономичным».

4. Юридическая ответственность медицинских работников

Юридическая ответственность врача за свои профессиональные правонарушения - понятие очень широкое. Сюда входит уголовная, административная, гражданско-правовая (материальная) и дисциплинарная ответственность.

В настоящем пособии мы акцентировали внимание на административной и уголовной ответственности, а также должностным правонарушениям, как наиболее значимым в современном здравоохранении.

Под профессиональным правонарушением в медицинской деятельности понимается умышленное или по неосторожности совершенное медицинским работником в нарушение профессиональных обязанностей такое общественно опасное деяние (действие или бездействие), которое причинило вред здоровью или жизни человека.

Вопрос об ответственности врача за неблагоприятный исход лечения возникал еще в глубокой древности. В Древнем Египте врачи руководствовались правилами «Священной книги» и если кто-то отступал от них, то за неблагоприятный исход в этих случаях мог наказываться даже смертью.

В Древней Греции авторитет врача был настолько высок, что он освобождался от наказания, даже если больной умирал по его вине.

В своде законов вавилонского царя Хаммураби, а также в Палестине предполагалась различная ответственность врачей: если причинялся вред здоровью рабовладельца, врачу могли отсечь руку или лишить жизни, а если рабу - врач обязан был лишь возместить стоимость раба.

В Римском праве существовало наказание врачей за «врачебные ошибки», куда относились неоказание медицинской помощи, небрежность, неосторожность. Право допускало возможность смерти больного в силу тяжести заболевания. Однако, за умышленное убийство, за продажу ядов с целью отравления, за аборт и кастрацию врачи наказывались так же, как и всякий другой гражданин.

В Китае до конца XVШ века при оценке действий врачей исходили из правила: «Тот, кто причинил смерть взрослому человеку, сам должен быть предан смерти».

В России первый кодекс законов «Судебник» появился в 1497 г., хотя еще в «Русской правде» XI века имелись указания на применение наказаний к лекарям, имеющим домашние аптеки, чье лечение приводило к неблагоприятным последствиям.

Государственные аптеки были образованы в XVI веке, аптекари выполняли и роль лекарей. Учрежден Аптекарский приказ, ведавший всем аптекарским и врачебным делом в России; в его функции входило рассмотрение судебных дел врачей и аптекарей.

В России первыми официальными документами, предусматривающими наказание за врачебные ошибки, были указы 1686 и 1700 гг., которые вошли в полное собрание законов Российской империи под названием «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным» – «... буде из них кто нарочно или не нарочно кого уморит, а про то сыщется и им быть казненным смертию».

В дальнейшем Воинский (1716 г.) и Морской (1720 г.) уставы Петра 1 законодательно закрепили наказание за ненадлежащее врачевание.

В 1733 г. вышли указы «О запрещении торговать в лавках ядовитыми материалами» и «О запрещении лечить тем, кто не имеет медицинского образования».

Медицинская канцелярия, а позже медицинская коллегия издавала инструкции 1784, 1793, 1798 гг., наблюдала за врачебной подготовкой и не разрешала практиковать лекарям без предварительного испытания и без получения соответствующего аттестата.

В начале 19 века медицинская канцелярия была ликвидирована, а при департаменте внутренних дел был создан Медицинский Совет. Медицинская служба состояла из трех инстанций: 1 - уездные и городовые врачи, 2 инстанция - врачебные управы, 3 - Медицинский Совет, который инспектировал врачебные управы. Он также рассматривал дела о профессиональных правонарушениях врачей, проводил освидетельствование живых лиц в случаях привлечения врачей к ответственности. Медицинский Совет являлся одновременно и высшей судебно-медицинской инстанцией.

В Уложении о наказаниях (1885 г.) в ст. 870 предусматривалась ответственность врачей и медицинского персонала административного и нравственного порядка - запрещение заниматься практикой и церковное покаяние.

В годы советской власти УК РСФСР 1922 г. устанавливал ответственность за неправильное врачевание в ст. 147 - убийство по неосторожности и ст. 154 - неосторожные телесные повреждения. В последующем на врачей стали распространятся нормы ст. 109 УК РСФСР (о должностных преступлениях). Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 01.12.1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников» признало врача должностным лицом, отвечающим за должностные преступления. Рядовые медицинские работники (санитары, фельдшеры, медсестры) к уголовной ответственности в случае наступления смерти пациента не привлекались. В Уголовный кодекс 1960 г. кардинальных изменений внесено не было, и врачебная небрежность стала квалифицироваться по ст. 172 - халатность. Основной аргумент - профессия врача ничем не отличается от других, и ответственность за служебные преступления должна наступать по статьям о должностных преступлениях. Уголовный кодекс Российской Федерации 1996 г. установил ответственность медицинских работников за умышленные общественно опасные деяния, повлекшие последствия, в зависимости от характера и тяжести вреда, причиненного здоровью, а за неосторожные правонарушения предусмотрена ответственность в ч. 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности), ст. 293 (халатность), ст. 124 (неоказание помощи больному).

Профессиональные правонарушения в медицинской деятельности являются проблемой даже тех стран, где уровень развития медицины и здравоохранения достаточно высок. В США по вине

врачей ежегодно страдает около одного миллиона пациентов, причем для 120–150 тысяч это заканчивается фатально, что в три раза превышает число людей, гибнущих в автомобильных авариях. Официальные жалобы поступают от 5, максимум 10 процентов пострадавших, до суда доходят лишь 2–5 процентов случаев. В США каждый седьмой врач привлекается к уголовной или гражданской ответственности. В Германии число исков к врачам и клиникам за последнее десятилетие увеличилось в 5 раз; ежегодно рассматривается 15 тысяч случаев привлечения врачей к ответственности, из них 30% — в совершении преступлений. В Италии из-за неправильно поставленного диагноза, неверного лечения, плохой организации медицинской помощи ежегодно умирают от 14 до 50 тысяч больных.

Охрана жизни и здоровья в Российской Федерации возведена в конституционный ранг (ст. 41 Конституции РФ) и приоритетно защищена законом (Уголовный кодекс РФ, Гражданский кодекс РФ, ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон об охране здоровья).

До настоящего времени остается немало вопросов, касающихся ответственности работников здравоохранения за профессиональные правонарушения, которые требуют дальнейшего изучения и разработки.

Прежде всего, это касается правовой характеристики и квалификации преступлений, совершаемых работниками здравоохранения при выполнении своих профессиональных обязанностей. Закон об охране здоровья содержит статью 98 - Ответственность в сфере охраны здоровья:

«1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

2. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

3. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

4. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Обвинения против медицинских работников, жалобы, повышенная требовательность и, как следствие, уголовные дела имеют в основе многие причины:

1. Недостаточное финансирование и недостатки в организации медицинской помощи.

2. Совершенствование теории и практики медицины, возрастание требований к медицине и к врачам со стороны населения (на фоне негативного освещения в печати).

3. Широкая популяризация медицинских знаний. Распространение методов нетрадиционного лечения (знахари, экстрасенсы). Позиция врачей.

4. Деонтологические аспекты взаимоотношений с больными и родственниками (неумелое общение).

5. Врачебные ошибки.

6. Низкий профессионализм и ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. (Введение не тех лекарств, не в тех дозах, не в той форме и не тем способом - в/м или в/в, таблетированных препаратов у детей, переливание иногруппной крови, оставление инородных тел при операциях и др.).

7. Правовая неграмотность.

В Медицинской газете есть рубрика «Правовая культура врача». В ней ведущий специалист в области медицинского права проф. Ю.Д. Сергеев освещает правовые проблемы практического здравоохранения. В наши дни они имеют особое значение в связи с реформированием системы здравоохранения, медицинским страхованием и др. Работа врача в современных условиях требует

максимальной правовой компетенции. Анализ более 1000 уголовных дел против врачей показывает элементарное незнание правовых норм.

Все правонарушения медицинских работников делятся на две группы: уголовно ненаказуемые и уголовно наказуемые.

К уголовно ненаказуемым относятся административные, гражданско-правовые и дисциплинарные правонарушения.

КоАП РФ содержит множество составов административных правонарушений, субъектами которых так или иначе могут выступать медицинские организации и медработники.

Медицинская организация, являясь юридическим лицом, признается виновным в совершении административного правонарушения, если будет установлено, что у нее имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых предусмотрена административная ответственность, но данной организацией не были приняты все зависящие от нее меры по их соблюдению.

Медицинский работник подлежит административной ответственности как должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей. Кроме того, лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, совершившие административные правонарушения, несут административную ответственность как должностные лица.

Назначение административного наказания медицинской организации не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновного медицинского работника, равно как и привлечение к административной или уголовной ответственности медицинского работника не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение медицинскую организацию.

Таким образом, в подобных ситуациях должна быть предусмотрена возможность составления двух протоколов об административном правонарушении: один - в отношении медицинской организации, второй - в отношении медицинского работника.

Административные правонарушения, посягающие на здоровье, сосредоточены в главе 6 КоАП РФ.

В ноябре 2013 г. в КоАП РФ Федеральным законом введена статья 6.30, предназначенная для обеспечения прав граждан при получении ими медицинской помощи, гарантированной государством. Статья предусматривает административную ответственность за невыполнение обязанностей, возложенных на медицинские организации статьей 79 закона об охране здоровья.

Статья 6.30 КоАП «Невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

В качестве субъекта правонарушения выступает юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, то есть, медицинскую организацию. В первой части статьи речь идет об информировании граждан о возможности получения бесплатной медицинской помощи, а во второй части об информировании пациентов о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом административной ответственности для индивидуальных предпринимателей не предусмотрено, поэтому они не могут являться в данном случае субъектами правонарушения.

Протоколы об административных правонарушениях составляются Росздравнадзором и его территориальными органами.

Анализ судебной практики показал, что по ч. 1 ст. 6.30 КоАП РФ медицинские организации привлекались за отсутствие:

- на сайте медицинской организации информации (сведений) о порядке и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой госгарантий;

- в фойе регистратуры на стенде (в доступном для посетителей месте) информации о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой госгарантий;

- программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы госгарантий, в связи с чем граждане не информируются о возможности бесплатного получения медицинской помощи в рамках программы госгарантий и территориальной программы;

- информации о порядке и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с программой госгарантий в местах, доступных для посетителей, а равно за непредоставление информации гражданам о возможности получения медицинской помощи в рамках программы госгарантий.

Закон об охране здоровья отличается общим характером, в нем нормы для частных и государственных клиник не дифференцированы. В статье 84 «Оплата медицинских услуг» Закон регламентирует основные моменты оказания платной медицинской помощи, которую могут оказывать и медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. То есть, любая медицинская организация, находящаяся в государственной или муниципальной системе здравоохранения, имеет право оказывать медицинскую помощь на платной основе. Но в этом случае медицинская помощь именуется медицинской услугой и регламентируется Законом РФ от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Правовое регулирование медицинской услуги находится на стыке двух отраслей российского законодательства. С одной стороны, это гражданское законодательство, поскольку речь идет об услугах, договорных отношениях, ответственности сторон, а с другой — специальное законодательство в сфере здравоохранения, поскольку речь идет о специфической социально-значимой услуге с таким же особым объектом — здоровьем.

Административная ответственность за нарушения в сфере оказания платных медицинских услуг наступает:

- по ст. 14.1 КоАП РФ «Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии)»;

- по ст. 14.4 КоАП РФ «Продажа товаров, выполнение работ либо оказание населению услуг ненадлежащего качества или с нарушением требований технических регламентов и санитарных правил»;

- по ст. 14.5.1 «Продажа товаров, выполнение работ либо оказание услуг организацией, а равно гражданином, зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, при отсутствии установленной информации об изготовителе (исполнителе, продавце) либо иной информации, обязательность предоставления которой предусмотрена законодательством Российской Федерации»;

- по ст. 14.7 КоАП «Обман потребителей»;

- по ст. 14.8 КоАП «Нарушение иных прав потребителей» и др.

Должностные лица медицинских организаций при нарушении трудового законодательства несут административную ответственность по ст. 5.27. КоАП РФ «Нарушение трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права - влечет предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от одной тысячи до пяти тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, — от одной тысячи до пяти тысяч рублей; на юридических лиц — от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей».

Рядовой работник не может нести ответственность по данной статье КоАП РФ. Должностное лицо — это руководитель (или иное лицо организации), обладающее признаками такового согласно

ст. 2.4 КоАП РФ. Для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, являющихся работодателями, в качестве альтернативы административному штрафу в статье предусмотрен такой вид наказания, как административное приостановление деятельности указанных лиц на срок до 90 суток.

Правонарушение, субъектом которого выступает медицинский работник, является дача экспертом заведомо ложного заключения.

Административная ответственность наступает по ст. 17.9 КоАП «Заведомо ложные показание свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод».

Административная ответственность также предусмотрена по статье 6.29 КоАП «Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности». При этом субъектом правонарушения могут быть как медицинские или фармацевтические работники, так и руководители медицинских или аптечных организаций, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую или фармацевтическую деятельность.

Административное правонарушение по ст. 6.32 КоАП «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности» в качестве субъектов называет граждан, должностных лиц, юридических лиц и особо отмечает, что под гражданами понимаются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами. Статья имеет 2 части.

«1. Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на должностных лиц - от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц - от сорока тысяч до ста тысяч рублей.

2. Нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством в сфере охраны здоровья для проведения искусственного - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей; на должностных лиц - от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей».

По ст. 6.3 КоАП «Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий» к ответственности привлекаются граждане, достигшие 16-летнего возраста, должностные лица, индивидуальные предприниматели, а также юридические лица.

КоАП РФ содержит статью 6.2 – «Занятие народной медициной без получения разрешения, установленного законом». Правонарушения, предусмотренные в данной статье, посягают на здоровье населения. Субъектом признается физическое лицо, достигшее 16-летнего возраста, в том числе и гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальный предприниматель).

КоАП РФ предусматривает ответственность за нарушение порядка работы с персональными данными граждан - ст. 13.11 **«**Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)**».** То есть речь идет о врачебной тайне.

Следует отметить, что законодатель планирует ужесточение ответственности медицинских организаций и медицинских работников за нарушение права граждан в сфере охраны здоровья. Минздрав совместно с Росздравнадзором готовят текст федерального закона, который внесет изменения в Административный Кодекс РФ.

В Госдуму Правительством уже внесен законопроект о внесении изменений в КоАП в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения. Будут действовать новые статьи:

Статья 6.34. Нарушение установленных порядков оказания медицинской помощи.

Статья 6.37. Нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Таким образом можно считать, что вопросы административной ответственности медицинских организаций выступают на первый план в современном правовом регулировании медицинской деятельности.

Что касается преступлений, то в последней редакции УК РФ удалось насчитать минимум 35 статей, которые напрямую касаются профессиональной деятельности людей в белых халатах (табл. 4.1).

Преступления работников здравоохранения, направленные против личности в первую очередь, касаются нарушения прав пациентов и разглашение врачебной тайны

Нарушение права пациента на получение информации о состоянии своего здоровья, а также права знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и получать консультации по ней у других специалистов, в соответствии со статьей 20 и 22 Закона об охране здоровья, влечет уголовную ответственность по ст. 140 УК РФ. Отказ в предоставлении гражданину информации (ст. 140 УК РФ) – «Неправомерный отказ должностного лица в предоставлении собранных в установленном порядке документов и материалов, непосредственно затрагивающих права и свободы гражданина либо предоставление гражданину неполной или заведомо ложной информации, если эти деяния причинили вред правам и законным интересам граждан».

Уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны наступает по ст.137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни.

Незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации…»

Объектом преступления являются общественные отношения, связанные с обеспечением конституционного права на неприкосновенность частной жизни, личную или семейную тайну.

Объективная сторона выражается в собирании без согласия лица сведений, составляющих его личную или семейную тайну, или публичном либо приватном их распространении.

Субъектом преступления является вменяемое лицо, достигшее 16 лет.

Субъективная сторона - прямой умысел и наличие корыстной или иной личной заинтересованности виновных.

Ответственность за неоказание помощи медицинскими работниками прописана в статье 124 Уголовного кодекса РФ. Диспозиция статьи разделена на две части в зависимости от последствий, которые наступили для пациента вследствие неоказания ему медицинской помощи: по ч. 1 лицо, которое не оказало медицинскую помощь пациенту без уважительных на то причин, но на которое законом или иным специальным правилом такие обязанности возложены, может быть привлечено к обязательным или исправительным работам, на него может быть возложен штраф или установлен арест на срок до 4-х месяцев. В этом случае пациенту вследствие неоказания помощи больному причиняется вред здоровью средней тяжести; по ч. 2 последствия действий медицинского работника действительно серьезные – они влекут за собой тяжкий вред здоровью пациента или его смерть. В этом случае медицинский работник может быть лишен права заниматься медицинской деятельностью на определенный срок, привлечен к обязательным работам или лишен свободы на срок до 4-х лет.

То есть лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь, отказалось сделать это без уважительной на то причины, и это повлекло за собой по неосторожности причинение вреда здоровью средней тяжести, тяжкого вреда здоровью или смерть больного.

Объект преступления – жизнь и здоровье человека, поскольку именно эти важнейшие ценности могут пострадать вследствие незаконных действий медицинского работника. Объективная сторона преступления включает в себя все внешние проявления содеянного, а также причинно-следственные связи действия и последствия преступления. В случае неоказания помощи больному объективная сторона выражается в бездействии медицинского работника, т.е. он не оказывает медицинскую помощь пациенту без весомых на то причин.

Таблица 4.1.

Уголовно-наказуемые профессиональные преступления медицинских работников

Преступления против жизни и здоровья	Преступления против здоровья населения и общественной нравственности
Неоказание помощи больному – ст. 124 Оставление в опасности – ст. 125 Причинение смерти по неосторожности – ст. 109 Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности – ст. 118 Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации – ст. 120 Убийство… в целях использования органов или тканей потерпевшего – ст. 105 Заражение ВИЧ – инфекцией… вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ст. 122 Незаконное производство аборта – ст. 123	Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ – ст. 228 Хищение либо вымогательство Наркотических средств или психотропных веществ – ст. 229 Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ – ст. 233 Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта – ст. 234 Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью – ст. 235 Нарушение санитарно-эпидемиологических правил – ст. 236 Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей – ст. 237
Преступления против свободы, чести и достоинства личности	Экологические преступления
Незаконное помещение в психиатрический стационар – ст. 128	Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами – ст. 248
Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина	Преступления против государственной власти…
Нарушение неприкосновенности частной жизни – ст. 137 Отказ в предоставлении гражданину информации – ст. 140	Злоупотребление должностными полномочиями - ст. 285; Превышение должностных полномочий – ст. 286; Присвоение полномочий должностного лица – ст. 288; Получение взятки – ст. 290; Служебный подлог - ст. 292; Халатность – ст. 293
Преступления против семьи и несовершеннолетних	Преступления против правосудия
Подмена ребенка – ст. 153 Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего – ст. 156	Заведомо ложное заключение эксперта - ст. 307 Разглашение данных предварительного расследования – ст. 310

Например, врач отказался выезжать на экстренный вызов к больному, не принял его непосредственно в медицинском учреждении вследствие окончания рабочего дня, сослался на то, что у него выходной или отпуск и т.д.

Чтобы привлечь медицинского работника к законной ответственности необходимо важное условие – отсутствие уважительной причины неоказания помощи больному. К уважительным причинам законодатель традиционно относит непреодолимую силу или крайнюю необходимость.

Например, медицинская помощь была необходима в условиях стихийного бедствия, или

врач оказывал помощь другому пациенту, который находился в тяжелом состоянии, или у врача отсутствовал доступ к больному, отсутствовали лекарства и т.д. Может быть и ситуация, когда врач сам находился в тяжелом состоянии. Каждый случай рассматривается следственными органами индивидуально. Главное, чтобы причинение вреда здоровью пациенту (среднего или тяжелого) наступило именно в результате виновных действий врача.

Субъективная сторона деяния характеризуется двойной формой вины. Прямой умысел врача на неоказание помощи больному. Это значит, что медицинский работник должен понимать, что он реально может оказать больному необходимую помощь, но осознанно от этого уклоняется, но по отношению к последствиям врач проявляет в своих действиях собственное легкомыслие или небрежность, то есть умысел и неосторожность.

На данный момент не существует единого и четко сформированного мнения юридического сообщества по поводу формы вины за неоказание помощи больному. Это в первую очередь можно объяснить редким использованием 124 статьи, отсутствием обобщенной судебной практики и сложностью ее анализа.

Субъект в данной категории преступления специальный. Это значит, что не каждый гражданин может быть привлечен к ответственности за неоказание помощи больному. В первую очередь, он должен достигнуть 16-летнего возраста. Во-вторых, виновное лицо является медицинским работником, т.е. имеет медицинское образование – врач, акушер, медицинская сестра или фельдшер. Для образования состава по ст. 124 неважно, находился ли медработник на рабочем месте, исполняя свои профессиональные обязанности, или был в отпуске, на пенсии и т.д. Важно, что он в силу своего профессионального образования обладает необходимыми навыками для оказания пациенту квалифицированной помощи.

Но эта статья касается лишь медицинского работника.

Если же речь идет об ответственности за неоказание медицинской помощи для главного врача или руководителей подразделений медицинской организации, то она будет заключаться в следующем: дисциплинарная ответственность, предусмотренная Трудовым кодексом РФ (замечание, выговор, увольнение); возмещение вреда, причиненного работником медицинской организации. Характер и объем возмещения вреда, причиненного пациенту, установлен в статье 1085 Гражданского кодекса РФ. Он включает в себя: возмещение утерянного пациентом дохода (заработка); компенсацию расходов, которые дополнительно понес пациент (лечение, дополнительное питание, покупка медикаментов, санаторно-курортное лечение, протезирование, услуги сиделки, покупка специального транспортного средства, профессиональная переподготовка). Возмещение дополнительных расходов возмещается в том случае, если установлено, что пациент действительно нуждается в данных видах лечения и ухода, но не имеет права на их безвозмездное получение. Кроме того, в части 3 статьи 1085 ГК РФ указано, что размер и объем возмещения нанесенного вреда, могут быть пересмотрены судебным органом в сторону увеличения.

За причинение смерти по неосторожности и вреда здоровью при ненадлежащем исполнении врачом своих профессиональных обязанностей ответственность наступает по ст. 109 и 118 УК РФ.

Статья 123 УК РФ «Незаконное производство аборта» грозит врачу, даже акушеру-гинекологу, имеющему специализацию по хирургии, уголовным преследованием при нарушении положений ст. 56 Закона об охране здоровья – «Искусственное прерывание беременности».

Незаконное производство аборта (ст. 123 УК РФ).

«1. Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля

- наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода, осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от ста до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет.

2. Утратила силу (то же деяние, совершенное лицом, ранее судимым за незаконное производство аборта) - Федеральный закон от 08.12.2003 № 162-ФЗ.

3. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью -

- наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

5. Должностные правонарушения

Должностным преступлением признается предусмотренное УК общественно опасное деяние, совершенное должностным лицом в связи с его служебным положением и причинившее либо создавшее угрозу причинения существенного вреда, либо нарушения прав и законных интересов граждан, организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства.

Должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти, либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях.

Медицинские работники могут рассматриваться субъектом должностного преступления при выполнении ими профессиональных обязанностей, т. е. занимающие постоянно или временно должности в учреждении здравоохранения и имеющие по закону определенные права и обязанности, полномочия в осуществлении административных, хозяйственных и других задач.

В связи с этим важно определить уголовно-правовое положение медицинского работника, в основе которого лежит сложный вопрос о признании или непризнании медицинского работника должностным лицом. Это имеет большое практическое значение для квалификации должностных преступлений, совершенных в сфере здравоохранения.

Из разъяснения, данного в примечании к ст. 285 УК РФ, следует понимать, что рядовые медицинские, фармацевтические и санитарные работники при исполнении своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи больным не обладают ни административно-хозяйственными, ни организационно-распределительными полномочиями, присущими должностным лицам. Распоряжения, которые они отдают в таких случаях, направлены на осуществление чисто профессиональных функций по диагностике, лечению больных, профилактическим и др. мерам.

Считаются должностными лицами: главный врач, заместители главного врача, заведующий отделом и отделением, лабораторией, главная, старшая медицинская сестра.

Дежурный врач, выполняющий организационно-распорядительные функции, тоже признается должностным лицом. Работники департамента здравоохранения считаются также должностными лицами.

Судебная практика признает субъектами коррупции работников учреждений здравоохранения, выполняющих служебные обязанности, имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия. Примерами таких обязанностей могут являться выдача медицинским работником листка временной нетрудоспособности, установление работником учреждения медико-социальной экспертизы наличия у гражданина инвалидности (п. 4 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий»). Поэтому врач, который выдает листок временной нетрудоспособности пациенту за взятку, может быть привлечен к уголовной ответственности в качестве должностного лица.

Характерно, что в советский период рядовые работники государственных и общественных организаций подлежали уголовной ответственности за получение незаконного вознаграждения от граждан за выполнение работ и оказание услуг (в т. ч. в сфере медицинского обслуживания населения), входящих в круг их служебных обязанностей (ст. 156.2 УК РСФСР 1960 г.). Однако в действующем УК РФ подобная норма отсутствует.

Коррупция относится к числу наиболее серьезных угроз национальной безопасности России. На данное обстоятельство специально обращено внимание в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года (утв. Указом Президента РФ от 12.05.2009 г.

№ 537), а также в Национальной стратегии противодействия коррупции (утв. Указом Президента РФ от 13.04.2010 № 460).

Основная группа коррупционных преступлений в здравоохранении:

1) злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ);

2) нецелевое расходование бюджетных средств и средств государственных внебюджетных фондов (ст. 285.1, 285.2 УК РФ);

3) внесение в единые государственные реестры заведомо недостоверных сведений (ст. 285.3 УК РФ);

4) превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ);

5) взяточничество (ст. 290, 291, 291.1 УК РФ);

6) служебный подлог (ст. 292 УК РФ);

7) незаконная выдача паспорта гражданина РФ, а равно внесение заведомо ложных сведений в документы, повлекшее незаконное приобретение гражданства РФ (ст. 292.1 УК РФ);

8) злоупотребление полномочиями и коммерческий подкуп в сфере частной медицины (ст. 201, 204 УК РФ).

Распространено также нецелевое расходование бюджетных средств, выделенных на нужды здравоохранения. Счетная палата опубликовала результаты проверки эффективности использования средств, выделенных на модернизацию здравоохранения, согласно которым лишь чуть больше половины денег (59,3%) было потрачено по назначению.

Дополнительная группа преступлений коррупционной направленности в сфере здравоохранения представлена главным образом тремя подгруппами преступлений:

1) преступления против свободы личности: незаконное помещение в психический стационар (ст. 128 УК РФ);

2) преступления против собственности: мошенничество с использованием лицом своего служебного положения (ч. 3 ст. 159 УК РФ), присвоение или растрата с использованием служебного положения (ч. 3 ст. 160 УК РФ);

3) преступления против здоровья населения: незаконные производство, сбыт или пересылка наркотических средств (НС), психотропных веществ (ПВ) или их аналогов, а также незаконные сбыт или пересылка растений, содержащих НС или ПВ, либо их частей, содержащих НС или ПВ (228.1 УК РФ); незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение НС или ПВ (ст. 233 УК РФ); хищение либо вымогательство НС или ПВ, а также растений, содержащих НС или ПВ, либо их частей, содержащих НС или ПВ (ст. 229 УК РФ).

Система здравоохранения страны наиболее поражена взяточничеством. Почему по статистике самыми «злостными взяточниками» в нашей стране который год подряд становятся врачи и учителя? Это связано с тем, считает юрист А. Ведрусов, что большая часть обвинений по 290-й статье УК РФ была выдвинута за незаконное получение средств в размере до 10 тыс. рублей. «И что самое абсурдное — в юридическом плане подход к расследованию дела медика, получившего с пациента «коробку конфет», и чиновника, укравшего полбюджета, был абсолютно одинаковым».

При этом ловить мелких взяточников в погоне за раскрываемостью органам правопорядка было значительно выгодней. Чтобы прекратить эту практику, в начале июля 2016 г. был подписал Федеральный закон 324-ФЗ, выделяющий в отдельные составы преступлений за взятку до 10 тыс. рублей и мздоимство, связанное с причинением крупного ущерба обществу и государству.

УК РФ, Статья 204.2. Мелкий коммерческий подкуп (введена Федеральным законом от 03.07.2016 г. N 324-ФЗ)

«1. Коммерческий подкуп на сумму, не превышающую десяти тысяч рублей, -

наказывается штрафом в размере до ста пятидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода, осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до двухсот часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года.

2. То же деяние, совершенное лицом, имеющим судимость за совершение преступлений, предусмотренных статьями 204, 204.1 настоящего Кодекса либо настоящей статьей, -

наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до одного года.

Примечание. Лицо, совершившее передачу предмета мелкого коммерческого подкупа, освобождается от уголовной ответственности, если оно активно способствовало раскрытию и (или) расследованию преступления и либо в отношении его имело место вымогательство предмета подкупа, либо это лицо после совершения преступления добровольно сообщило в орган, имеющий право возбудить уголовное дело, о передаче предмета подкупа».

Халатность (ст. 293 УК РФ). Бытовые представления граждан о халатности как составе преступления далеко не всегда соответствуют действительности. Следует четко понимать, что представляет собой халатность с уголовно-правовой точки зрения, и учитывать нюансы привлечения медицинских работников к ответственности за данное преступление.

Субъект преступления специальный — должностное лицо. Субъективная сторона халатности характеризуется неосторожной виной в виде легкомыслия или небрежности. Видовой объект преступления — общественные отношения, обеспечивающие законную деятельность государственных и муниципальных медицинских учреждений. Непосредственный объект халатности — общественные отношения, складывающиеся по поводу обязанности должностных лиц и иных служащих выполнять свою профессиональную деятельность компетентно и на основе закона. Дополнительный объект преступления — охраняемые законом интересы общества и государства: имущественные права (ч. 1 ст. 293), жизнь и здоровье человека (ч. 2 ст. 293), жизнь двух и более лиц (ч. 3 ст. 293).

Объективная сторона преступления характеризуется тремя взаимосвязанными признаками:

– неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих должностных обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе;

– причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства;

– причинная связь между деянием и наступившими последствиями.

Каждый признак заслуживает внимания. Остановимся подробнее на одном из них — неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе.

Неисполнение должностных обязанностей выражается в том, что лицо не совершает тех действий, которые оно должно было совершать в соответствии с должностной инструкцией и иными документами, с которыми его обязан ознакомить работодатель при трудоустройстве на должность. Неисполнение обязанностей может быть, как полным, так и частичным. Нельзя вменять в вину несовершение действий, которые не входили в рамки должностных обязанностей. Поэтому при приеме на работу необходимо четко оговаривать с работником и закреплять в локальных нормативных актах круг обязанностей сотрудника. С документами работника нужно знакомить под роспись с указанием даты ознакомления.

При решении вопроса о привлечении к уголовной ответственности за халатность обязательно выявляются должностные обязанности медработника. Выясняется, какие именно обязанности не были выполнены или выполнены ненадлежащим образом, повлекло ли неисполнение или ненадлежащее исполнение существенное нарушение законных прав и интересов, имел ли работник возможность надлежащим образом выполнить свои обязанности.

Если внешние, объективные факторы (например, чрезвычайная ситуация) не позволили медработнику выполнить свои обязанности надлежащим образом, то он не будет привлечен к ответственности за халатность. Но и субъективные факторы, такие как личные качества, опыт, квалификация, отношение к порученному делу, уровень образования, состояние здоровья, могут не позволить медработнику выполнить должностные обязанности. В этом случае вопрос о привлечении к ответственности решает суд после изучения всех обстоятельств.

Ненадлежащее исполнение следует рассматривать как совершение действий не в полном объеме, не соответствующих качеству, несвоевременное, неточное, некомпетентное. Часто

ненадлежащее исполнение вызвано отсутствием у лица необходимых профессиональных качеств, навыков, профессионального опыта.

Бездействие должностного лица определяется исходя из норм, правил поведения, установленных для конкретной должности в локальных нормативных актах, очерчивающих круг должностных обязанностей (должностных инструкциях, приказах, трудовом договоре, положении об отделении). Несмотря на то что лицо обязано действовать, оно не действует вследствие недобросовестного или небрежного отношения к своим трудовым обязанностям.

Под недобросовестностью следует понимать нечестное, пренебрежительное, уклончивое отношение к трудовым обязанностям, а под небрежностью — невнимательность, неряшливое отношение к работе.

Невыполнение или ненадлежащее выполнение должностных обязанностей может быть однократным или систематическим. Это характеризует поведение виновного и отношение к своим должностным обязанностям.

6. Последствия судимости для врача

Суд признал врача виновным в совершении преступления против жизни и здоровья. Медработник отбыл наказание, судимость погашена. Но ее последствия остаются. Под угрозой оказывается дальнейшая трудовая деятельность врача. Что такое судимость и какие она имеет последствия для врача? Врач, находящийся под следствием или осужденный в результате совершения профессионального преступления, должен иметь представление о возможных и реальных последствиях судимости.

В УК РФ существует более трех десятков составов преступлений, по которым врач может быть подвергнут уголовному преследованию. Под судимостью понимается комплекс последствий, наступивших в результате совершения уголовного преступления, последующего уголовного преследования и вынесения обвинительного приговора.

Последствия судимости для врача делятся на ограничения уголовно-правового, общеправового и социального характера. Уголовно-правовые ограничения возникают согласно УК РФ, общеправовые — в силу требований отраслевых нормативных актов. Социальные ограничения не относят к правовым, но они тем не менее ощутимо сказываются на отношении общества к врачу, привлекавшемуся к уголовной ответственности.

Уголовно-правовые последствия судимости касаются только лиц, судимость которых не погашена и не снята. Они применяются лишь в тех случаях, когда судимое лицо вновь совершает преступление. Судимость учитывается как отягчающее обстоятельство при рецидиве преступлений и при назначении наказания.

Лицо считается судимым со дня вступления обвинительного приговора суда в законную силу до момента погашения или снятия судимости (ч. 1 ст. 86 УК РФ).

Согласно части 3 статьи 86 УК РФ, судимость после исполнения или отбытия наказания может быть погашена: по окончании испытательного срока - для граждан, осужденных условно-досрочно; по прошествии года - для граждан, понесших наказание, не связанное с лишением свободы; по прошествии трех лет – для лиц, совершивших уголовные правонарушения небольшой или средней степени тяжести; по прошествии восьми лет - для граждан, совершивших тяжкие правонарушения; по прошествии десяти лет — для граждан, чье совершенное правонарушение относится к категории особо тяжких.

Срок погашения судимости может совпадать с реально отбытым сроком наказания лишь в двух случаях: если гражданин освобождается досрочно; если неотбытая часть наказания заменяется иными, не столь жесткими санкциями. Судимость также может быть снята на основании прошения осужденного гражданина в соответствующую инстанцию. Однако для этого необходимо два условия — идеальное поведение и полное возмещение вреда, нанесенного совершенным деянием.

Несмотря на указанные сроки, сегодня существуют специальные единые базы данных

органов внутренних дел, в которых неограниченно долго может храниться информация о преступном прошлом того или иного человека вне зависимости от категории совершенного им правонарушения.

УК РФ особо отмечает, что погашение или снятие судимости аннулирует все правовые последствия, связанные с ней (ч. 6 ст. 86). Однако негативные последствия для бывшего осужденного не наступают только в уголовно-правовой сфере.

Погашение или снятие судимости не всегда прекращает правовые ограничения статуса лица. Такие ограничения многочисленны и предусмотрены рядом нормативно-правовых актов, например, ГК РФ в статье 35. «Опекуны и попечители» вводит ограничение – «…Не могут быть назначены опекунами и попечителями граждане…имеющие на момент установления опеки или попечительства судимость за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан». Также Семейный кодекс РФ в статье 127 «Лица, имеющие право быть усыновителями» исключает лиц «… имеющих или имевших судимость, подвергающихся или подвергавшихся уголовному преследованию (за исключением лиц, уголовное преследование в отношении которых прекращено по реабилитирующим основаниям) за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, а также за преступления против жизни и здоровья, против свободы, чести и достоинства личности (за исключением незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, и клеветы), против семьи и несовершеннолетних, против здоровья населения и общественной нравственности, против общественной безопасности, мира и безопасности человечества,… лиц, имеющих судимость за тяжкие и особо тяжкие преступления…». В статье 146 СК РФ такие же ограничения установлены для опекунов и попечителей детей.

ФЗ от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» в статье 28 указывает, что «Выезд из Российской Федерации иностранным гражданам или лицам без гражданства может быть ограничен в случаях, если они:

1) в соответствии с законодательством Российской Федерации задержаны по подозрению в совершении преступления либо привлечены в качестве обвиняемых, - до принятия решения по делу или до вступления в законную силу приговора суда;

2) осуждены за совершение преступления на территории Российской Федерации, - до отбытия (исполнения) наказания или до освобождения от наказания, за исключением иностранных граждан или лиц без гражданства, условно-досрочно освобожденных от отбывания наказания, в случае отсутствия у них в соответствии с решением суда материальных обязательств перед потерпевшей стороной;…».

Также ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» от 08.08.2001 № 129-ФЗ (в ред. от 01.01.2017 г.) в статье 22.1 «Порядок государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя» требует справку «о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования по реабилитирующим основаниям, выданная физическому лицу, регистрируемому в качестве индивидуального предпринимателя…» и др.

Что означает «уголовное преследование»? Это процессуальная деятельность, которую сторона обвинения выполняет в целях изобличить лицо, подозреваемое или обвиняемое в совершении преступления (п.55 УПК РФ).

Таким образом, судимость врача оборачивается для него рядом ограничений различного характера. Но если с запретом на усыновление ребенка или выезд за границу еще можно смириться, то запрет на занятие профессиональной деятельностью может серьезно сказаться на качестве жизни и психологическом состоянии медицинского работника.

Санкции ряда статей УК РФ, касающихся правонарушений, совершенных медицинскими работниками, в качестве наказания предусматривают запрет на осуществление врачебной деятельности или замещение определенных должностей в лечебных организациях пожизненно или на конкретный срок, исчисляющийся с момента отбытия наказания. Запрет действует в случае

совершения преступлений, касающихся: здоровья и жизни граждан; достоинства и чести; детей, подростков и семьи; общественного и национального здоровья; социальной морали и нравственности. Такие санкции возможны в случае: неоказания помощи больному, повлекшее за собой тяжелые и непоправимые последствия для него; фальсификацию или неправомерную выдачу рецептов, дающих право на получение психотропных препаратов и наркотических анальгетиков; разглашение тайны усыновления или удочерения.

Если вина врача была доказана, и он понес наказание, то, даже отбыв его в полном объеме, он не освобождается от ряда последствий судимости. Даже врач с полностью погашенной и снятой судимостью должен быть готов к определенным проблемам в своей социальной и профессионально-трудовой деятельности.

Общеправовые ограничения как последствия судимости наступают для врача в силу требований отраслевых нормативных актов. А это значит, что под угрозу попадает его дальнейшая трудовая деятельность. Действующее трудовое законодательство ограничивает в профессиональной сфере не только тех врачей, чья вина доказана, но и тех, кто подозревался в совершении преступного деяния, то есть подвергался уголовному преследованию. Так, ТК РФ запрещает допускать и первых, и вторых к труду в сфере охраны здоровья детей и подростков. Исключением является только незаконное помещение с психиатрический стационар.

В сфере образования и других сферах с участием несовершеннолетних не допускаются:

— лица, имеющие судимость за совершение преступлений, указанных в абз. 3 ч. 2 ст. 331 и ст.351.1 ТК РФ;

— лица, имевшие судимость за совершение тяжких и особо тяжких из указанных в данных законоположениях преступлений, а также преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности;

— лица, имевшие судимость за совершение иных указанных преступлений, и лица, уголовное преследование в отношении которых прекращено по нереабилитирующим основаниям.

Лица, работавшие на момент вступления в силу ФЗ от 23.12.2010 № 387-ФЗ, подлежат увольнению.

Статья 331 ТК РФ «Право на занятие педагогической деятельностью.

…К педагогической деятельности не допускаются лица:

…имеющие или имевшие судимость, подвергавшиеся уголовному преследованию (за исключением лиц, уголовное преследование в отношении которых прекращено по реабилитирующим основаниям) за преступления против жизни и здоровья, свободы, чести и достоинства личности (за исключением незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, и клеветы), половой неприкосновенности и половой свободы личности, против семьи и несовершеннолетних, здоровья населения и общественной нравственности, основ конституционного строя и безопасности государства, мира и безопасности человечества, а также против общественной безопасности, за исключением случаев, предусмотренных частью третьей настоящей статьи;

…имеющие неснятую или непогашенную судимость за иные умышленные тяжкие и особо тяжкие преступления…».

Статья 351.1 ТК РФ «Ограничения на занятие трудовой деятельностью в сфере образования, воспитания, развития несовершеннолетних, организации их отдыха и оздоровления, медицинского обеспечения, социальной защиты и социального обслуживания, в сфере детско-юношеского спорта, культуры и искусства с участием несовершеннолетних

К трудовой деятельности в сфере образования, воспитания, развития несовершеннолетних, организации их отдыха и оздоровления, медицинского обеспечения, социальной защиты и социального обслуживания, в сфере детско-юношеского спорта, культуры и искусства с участием несовершеннолетних не допускаются лица, имеющие или имевшие судимость, подвергающиеся или подвергавшиеся уголовному преследованию (за исключением лиц, уголовное преследование в отношении которых прекращено по реабилитирующим основаниям) за преступления против жизни и здоровья, свободы, чести и достоинства личности (за исключением незаконного помещения в

психиатрический стационар, клеветы и оскорбления), половой неприкосновенности и половой свободы личности, против семьи и несовершеннолетних, здоровья населения и общественной нравственности, а также против общественной безопасности».

Работника с судимостью по конкретным статьям УК РФ нужно отстранить от работы, если она связана с оказанием медицинской помощи детям. Если работодатель получает от правоохранительных органов информацию о том, что медицинский работник ранее подвергался уголовному преследованию, он обязан отстранить его от работы с несовершеннолетними гражданами. Однако, чтобы увольнение было законным, должностная инструкция медработника должна предусматривать оказание помощи детям. Пример — педиатры, детские психологи, детские хирурги.

Если врач имеет неснятую и непогашенную судимость за другие тяжкие и особо тяжкие деяния, то работать в сфере охраны здоровья детей и подростков он также не сможет. Кроме того, врач не допускается к трудовой деятельности на протяжении всего периода уголовного производства до его завершения или до вынесения обвинительного приговора.

Врач может трудиться по профессии только в том случае, если имеют место реабилитирующие основания, по которым уголовное делопроизводство в отношении него прекращено.

В современном уголовно-процессуальном законодательстве выделены 6 таких оснований: состав преступления отсутствует; событие преступления отсутствует; доказано, что медицинский работник непричастен к совершению правонарушения; потерпевшее лицо не подавало заявление в органы правопорядка (касается исключительно дел частно-публичного и частного обвинения); имеется постановление судебных органов о прекращении уголовного преследования в отношении подозреваемого или обвиняемого; имеется постановление об отказе в заведении уголовного дела в отношении медицинского работника, выданное соответствующими органами.

Иные основания прекращения уголовного преследования не являются реабилитирующими, то есть не снимают последствий статуса судимого лица. Врача не реабилитирует: примирение сторон и последующее прекращение уголовного делопроизводства; прекращение уголовного преследования в связи с назначением уголовно-правовых мер в виде штрафа, амнистии, и др. истечение срока давности уголовного преследования.

Контрольные вопросы:

1. Укажите виды правонарушений медицинских работников в зависимости от характера наказания. Назовите причины привлечения врачей к юридической ответственности.
2. Дайте определение понятию «должностные преступления», «должностное лицо».
3. Назовите признаки криминального аборта.
4. Приведите классификацию вреда здоровью различной тяжести.
5. Охарактеризуйте порядок защиты прав пациента в случае причинения вреда здоровью или смерти пациента.
6. Дайте правовую характеристику взяточничества и вымогательства.
7. Расскажите об ответственности (состав преступления) за отказ в предоставлении гражданину информации, затрагивающей его права и интересы (права на информацию о состоянии здоровья).
8. Дайте характеристику действий медицинских работников, связанных с экологическими преступлениями.
9. Расскажите об ответственности за нарушение неприкосновенности частной жизни (право на врачебную тайну) – ст. 137 УК РФ.
10. Дайте правовую характеристику взяточничества и вымогательства.
11. Расскажите об ответственности за отказ в предоставлении гражданину информации, затрагивающей его права и интересы (право на информацию о состоянии здоровья) – ст. 141 УК РФ.
12. Приведите примеры превышения должностных полномочий (ст. 286 УК РФ) должностными лицами медицинских учреждений.
13. Охарактеризуйте правонарушения в связи с отказом в предоставлении гражданину информации, затрагивающей его права и интересы, или предоставлении заведомо ложной и неполной

информации (право на информацию о состоянии здоровья).

14. Назовите правила выписывания рецептов на наркотические средства и психотропные вещества согласно Закону РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

15. Охарактеризуйте правонарушения в медицине в связи с оставлением в опасности.

16. Дайте понятие должностного лица. Кто из медицинских работников является должностным лицом в учреждении здравоохранения?

17. Охарактеризуйте правонарушения в связи с неоказанием помощи больному. В каких случаях при неоказании помощи больному врач не несет уголовной ответственности?

18. Дайте определение понятию «взятка». Что может являться предметом взятки?

19. Расскажите об ответственности за отказ в предоставлении гражданину информации о состоянии здоровья (предоставление неполной или недостоверной информации – ст. 141 УК РФ).

20. Дайте медицинское и юридическое определение понятия «вред здоровью».

21. Охарактеризуйте правонарушение в связи с оставлением в опасности.

22. Каковы особенности уголовного наказания врача в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью?

23. Охарактеризуйте преступления в медицине, связанные с понятием «взяточничество».

24.Дайте правовое определение понятию «аборт», назовите признаки криминального аборта.

25. Охарактеризуйте преступление в виде причинения смерти или вреда здоровью по неосторожности при ненадлежащем исполнении специалистом здравоохранения своих профессиональных обязанностей. Приведите примеры.

26. Кто из медицинских работников может быть субъектом преступления по статьям «служебный подлог», «халатность»?

27. Какие преступления в сфере здравоохранения могут быть отнесены к убийству?

28. Охарактеризуйте тяжкий вред здоровью, опасный для жизни в момент причинения.

29. Назовите признаки правомерного аборта.

30. Охарактеризуйте должностные правонарушения медицинских работников.

31.Кто может быть субъектом уголовной ответственности по ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному»? Пост. 125 УК РФ «Оставление в опасности»?

32. Дайте характеристику действий медицинских работников, связанных с нарушением санитарно-эпидемиологических правил.

33. Дайте характеристику действий медицинских работников, связанных с нарушением санитарно-эпидемиологических правил.

34. Приведите классификацию вреда здоровью различной тяжести.

35. Расскажите об ответственности за отказ в предоставлении гражданину информации, затрагивающей его права и интересы (право на информацию о состоянии здоровья (ст. 141 УК РФ).

36. Дайте характеристику действий медицинских работников, связанных с экологическими преступлениями.

37. Дайте юридическое определение понятию «аборт». Кто из медицинских работников может быть субъектом преступления при незаконном производстве аборта?

38. Охарактеризуйте незаконные действия с наркотическими средствами и психотропными веществами.

39. Назовите должностные преступления медицинских работников.

40. Охарактеризуйте тяжкий вред здоровью, опасный для жизни.

41. Решение каких вопросов при расследовании незаконного производства аборта относится к компетенции врача?

42. Проанализируйте причины привлечения врачей к юридической ответственности.

43. Охарактеризуйте правонарушения в связи с неоказанием помощи больному: выделите состав преступления и особенности наказания.

44. Что понимают под «Незаконным занятием частной медицинской практикой»?

45. Определите состав преступления при незаконном помещении в психиатрический стационар.

46. Охарактеризуйте вред здоровью, относящейся к категории тяжкого по последствиям (исходу).

47. В каких случаях врач может быть привлечен к ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией?

48. Охарактеризуйте правонарушения в связи с оставлением в опасности: выделите состав преступления и особенности наступления уголовной ответственности.

49. Что понимается под судимостью? Какие последствия судимости для врача?

50. Что означает погашение или снятие судимости? Перечислите реабилитирующие основания для погашения судимости врача.

Приложение

Проверьте свои знания с помощью тестов*

1. Ювенальное право

1. Ребенку принадлежат и гарантируются государством права и свободы человека и гражданина в соответствии с Конституцией Российской Федерации

1) от рождения

2) по достижении 7-летнего возраста

3) с 14 лет

4) с 16 лет

2. Решение о согласии или отказе от медицинского вмешательства детям принимает

1) сам ребенок с 18 лет

2) сам ребенок по достижении 15 лет

3) сам ребенок с 10 лет

4) родители ребенка до его совершеннолетия

5) врач

3. Патронаж устанавливается над лицами

1) ограниченными судом в дееспособности

2) несовершеннолетними от 14 до 18 лет

3) несовершеннолетними до 14 лет

4) дееспособными по их просьбе

5) признанными судом недееспособными.

4. Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении

1) несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей (лиц, их заменяющих) либо должностных лиц

2) *несовершеннолетний, который вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия*

3) лицо, не имеющее места жительства и (или) места пребывания

4) безнадзорный несовершеннолетний, не имеющий места жительства и (или) места пребывания

5. Медицинские организации информируют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав - о несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении или проживающих в семьях, находящихся в социально опасном положении

1) немедленно

2) в течение суток

3) в течение трех суток

4) в течение 7 дней

6. Орган опеки и попечительства имеет право отобрать ребенка у родителей в случае

1) лишения родительских прав

2) при непосредственной угрозе жизни ребенка

3) при непосредственной угрозе здоровью ребенка

4) если родители больны наркоманией

5) если родители ВИЧ-инфицированы.

7. Не допускается нахождение в общественных местах без сопровождения родителей (лиц, их заменяющих), родственников или ответственных лиц несовершеннолетних в возрасте до 7 лет

1) круглосуточно

2) с 19 часов до 6 часов

3) с 21 часа до 6 часов

4) с 22 часов до 6 часов

8. Для защиты своих прав ребенок может обращаться

1) в орган опеки и попечительства

2) в суд по достижении 10 лет

3) в суд по достижении 14 лет

4) в прокуратуру

5) защиту прав ребенка осуществляют только родители

9. Мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи осуществляется:

1) в государственных учреждениях здравоохранения

2) в муниципальных учреждениях здравоохранения

3) частных учреждениях здравоохранения

4) индивидуальными предпринимателями, непосредственно осуществляющими медицинскую деятельность

10. Медицинские организации информируют органы социальной защиты населения - о безнадзорных, беспризорных, а также о несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении

1) немедленно
2) в течение суток
3) в течение трех суток
4) в течение 7 дней

2. Правовое обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и охраны окружающей среды

1. Санитарно-эпидемиологическая обстановка – это
1) государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания
2) состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время
3) состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности
4) состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека

2. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор – это
1) государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания
2) нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования
3) деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания
4) орган, удостоверяющий соответствие или несоответствие санитарным правилам факторов среды обитания

3. Заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности, быстрым распространением среди населения (эпидемия) это:
1) инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих
2) орфанные заболевания
3) массовые неинфекционные заболевания
4) заболевания, возникающие под действием ионизирующей радиации

4. Осуществление мер по предупреждению эпидемий и ликвидации их последствий, а также по охране окружающей среды является расходным обязательством
1) Российской Федерации
2) субъектов РФ
3) организаций всех форм собственности
4) индивидуальных предпринимателей
5) граждан

5. Не входит в обязанности должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор
1) оказание содействия общественным объединениям в вопросах обеспечения санитарного законодательства
2) установление причин возникновения и распространения инфекционных заболеваний
3) высылка за пределы РФ лиц, нарушающих санитарное законодательство
4) выявление условий возникновения и распространения массовых неинфекционных заболеваний (отравлений)

6. В соответствии с ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» объектом охраны выступает
1) здоровье
2) жизнь
3) взаимодействие природы и общества в интересах человечества
4) санитарно-эпидемиологическое благополучие населения

7. Исключите лишнее. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций обязаны
1) проходить медицинские осмотры при поступлении на работу
2) периодические профилактические медицинские осмотры
3) в случае необходимости проходить дополнительные медицинские осмотры
4) профилактические медицинские осмотры проходить по своему желанию

8. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – это
1) воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека
2) состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека
3) деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения
4) состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности

9. Массовые неинфекционные заболевания (отравления) – это:
1) заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания
2) онкологические заболевания

3) ВИЧ-инфекция
4) заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием инфекционных агентов

10. Под социально-гигиеническим мониторингом понимают:

1) государственную система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания
2) анализ, оценка и прогноз, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания
3) составление программ здоровья
4) нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования

3. Правовые вопросы профилактики инфекционных заболеваний

1. Инфекционные заболевания – это

1) заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания
2) заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку
3) заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания
4) заболевания человека, которые характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия)

2. Профилактика

1) система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок
2) введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням
3) комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний
4) нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок

3. Профилактические прививки

1) комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания
2) введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням
3) комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний
4) комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний

4. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение от медицинских работников полной и объективной информации о

1) эпид. обстановке в районе проживания
2) необходимости профилактических прививок
3) последствиях отказа от них
4) возможных поствакцинальных осложнениях

5. Национальный календарь профилактических прививок

1) нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок
2) документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина
3) кодовое обозначение, присваиваемое лекарственному средству при государственной регистрации
4) документ государственного статистического учета

6. Профилактические прививки проводятся гражданам

1) не имеющим медицинских противопоказаний
2) дееспособным
3) совершеннолетним
4) имеющим российское гражданство

7. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение

1) государственных единовременных пособий
2) ежемесячных денежных компенсаций
3) пособий по временной нетрудоспособности
4) бесплатного жилья

8. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают

1) правительство РФ
2) главный государственный санитарный врач РФ

3) главные государственные санитарные врачи субъектов РФ
4) Министерство здравоохранения РФ

9. Поствакцинальные осложнения

1) изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи
2) заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием
3) тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок
4) применение лекарственных средств, пришедших в негодность

10. Ограничительные мероприятия (карантин)

1) направлены на предотвращение распространения инфекционных заболеваний;
2) направлены на устранение источников повышенной опасности;
3) направлены на создание безопасной среды обитания человека;
4) предусматривают особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных

4. Правовые и медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни

1. Мониторинг основных показателей здоровья населения в стратегии формирования здорового образа жизни – это

1) наблюдение, надзор и контроль за выполнением требований законодательства
2) меры медицинской поддержки
3) законодательные меры
4) финансовые меры
5) коммуникационные и образовательные стратегии

2. Информирование населения, по рекомендациям РКБТ ВОЗ, должно включать сведения

1) об опасностях для здоровья потребления табака
2) о воздействии табачного дыма
3) о преимуществах прекращения употребления табака
4) о преимуществах образа жизни, свободного от табака
5) о табачной промышленности

3. Согласно ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака», Граждане имеют право на

1) медицинскую помощь, направленную на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости
2) установление запрета рекламы табачных изделий
3) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями
4) установление запрета на вовлечения детей в процесс потребления табака

4. Для борьбы с основными угрозами здоровью и жизни людей в РФ необходимо

1) изменить поведение населения
2) ввести «сухой закон»
3) предусмотреть юридическую ответственность за нездоровый образ жизни
4) запретить продажу и курение табака

5. Финансовые меры на уровне государства, «поддерживающие» здоровый образ жизни

1) повышение акцизов на алкоголь и табачные изделия
2) субсидии сельскохозяйственным производителям
3) государственное финансирование строительства учреждений физкультуры и спорта
4) платные парковки для автомобилей
5) бесплатные парковки для велосипедов

6. Согласно РКБТ ВОЗ, население должно иметь доступ к информации об отрицательных последствиях производства и потребления табака

1) для здоровья людей
2) для экономики
3) для экологии
4) об опасностях воздействия табачного дыма, включая привыкание

7. Согласно ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака», граждане имеют право на

1) получение информации о мероприятиях, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака
2) осуществление общественного контроля за реализацией мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака
3) регулирование состава табачных изделий
4) регулирование раскрытия состава табачных изделий

8. Пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи независимо от причины обращения, лечащий врач обязан

1) дать рекомендации о прекращении потребления табака

2) предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана
3) нацелить на ответственное отношение к своему здоровью
4) сформировать отрицательное отношение к потреблению табака
9. Согласно ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака», запрещается оптовая и розничная торговля насваем. Насвай – это
1) вид некурительного табачного изделия, традиционный для Центральной Азии, в виде маленьких «шариков», «палочек», пластичной массы или порошка грязно-зеленого цвета
2) бездымный измельченный увлажненный табак, помещаемый между губой и десной на длительное время
3) табак бездымного способа употребления в виде размельченного табачного листа, перетертого в тонкую пыль двух видов: сухой (нюхательный) и влажный
4) разновидность бездымного табака для жевания, выпускается в виде целых листьев, прессованных или скрученных в жгуты
5) скрутка из листьев табака цилиндрической (или близкой к ней) формы, которую можно курить в том виде, как она есть.
10. В случае возникновения у продавца сомнения в достижении покупателем совершеннолетия, продавец обязан
1) потребовать у покупателя документ, удостоверяющий его личность и позволяющий установить возраст
2) вызвать сотрудников правоохранительных органов
3) отказать покупателю в продаже табачной продукции, если документ, удостоверяющий личность покупателя и позволяющий установить его возраст, не представлен
4) сообщить владельцу магазина (работодателю)
12. Реклама табака, табачных изделий и курительных принадлежностей
1) может размещаться в теле- и радиопрограммах
2) может быть включена в кино- и видеосюжеты
3) может размещаться в печатных изданиях, аудио- и видеопродукции, предназначенных для несовершеннолетних
4) запрещена
5) может быть в виде рекламных конструкций
13. Согласно ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака», просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется
1) в семье
2) в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях
3) в медицинских организациях
4) работодателями на рабочих местах
5) посредством использования информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

5. Правовое регулирование медицинских экспертиз и медицинского освидетельствования

1. Медицинской экспертизой является
1) проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность
2) установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина
3) результат клинических испытаний
4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием
5) психиатрическое освидетельствование
2. Под медицинским освидетельствованием понимают
1) совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий
2) проведение медицинского осмотра и дачу заключения на наличие или отсутствие какого-либо состояния
3) выявление медицинских противопоказаний к какому- либо виду действий
4) проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность
3. Правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в РФ определяет
1) ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»
2) УПК РФ
3) Инструкция по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы
4) ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ».
5) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 ноября 2011 г.
4. Экспертиза профессиональной пригодности проводится в целях
1) определения способности работника осуществлять трудовую деятельность
2) принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу
3) установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с прохождением военной службы

4) определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты
5) определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ

5. Психиатрическое освидетельствование проводится с целью определения

1) наличия у человека изменений психики
2) страдает ли обследуемый психическим расстройством
3) нуждается ли человек в психиатрической помощи
4) способен ли работник осуществлять трудовую деятельность

6. Основными поводами для производства судебно-медицинской экспертизы являются установление

1) причины смерти
2) возраста
3) характера и степени тяжести причиненного вреда здоровью
4) соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ

7. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности пациент

1) направляется для прохождения медико-социальной экспертизы
2) продолжает лечение и продляется листок нетрудоспособности
3) решение принимает врач индивидуально
4) направляется на лечение в лечебную организацию более высокого уровня

8. Психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии с

1) ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
2) ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности»
3) УПК РФ
4) Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ.

9. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся с целью

1) установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу
2) подтверждения совершения преступления
3) исключения виновности подозреваемого
4) определения способности работника осуществлять трудовую деятельность
5) определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты

10. В случае отказа от прохождения медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности

1) закрывается
2) может быть продлен не более чем на 15 дней
3) продлевается до 1 месяца и закрывается
4) продлевается до выздоровления

6. Права и обязанности медицинских работников и медицинских организаций

1. Исключите лишнее. Медицинская организация обязана предоставлять пациентам достоверную информацию

1) об осуществляемой медицинской деятельности
2) об оказываемой медицинской помощи
3) об эффективности методов лечения
4) об используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях
5) о медицинских работниках, об уровне их образования и об их квалификации

2. Руководитель медицинской организации со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной форме уведомить об этом уполномоченный федеральный орган исполнительной власти

1) в течение 10 дней
2) в семидневный срок
3) в течение месяца
4) немедленно

3. Переход на новую систему допуска медработников к профессиональной деятельности предусматривает прохождение

1) субординатуры
2) интернатуры
3) ординатуры
4) процедуры аккредитации

4. По новым правилам лечащим врачом может быть

1) врач, окончивший интернатуру
2) врач, окончивший ординатуру
3) врач, имеющий свидетельство об аккредитации
4) врач, имеющий стаж работы не менее 5 лет

5. Конфликт интересов возникает вследствие противоречия

1) между интересами сотрудников медицинского учреждения
2) между интересами лечащего врача и родственников пациента
3) между личной заинтересованностью медицинского работника и интересами пациента
4) между интересами заведующего отделением и главного врача

6. В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник обязан
1) разрешить конфликт самостоятельно
2) обратиться в комитет по этике
3) обратиться в департамент здравоохранения
4) обратиться в суд
5) проинформировать уполномоченный федеральный орган исполнительной власти
6) проинформировать в письменной форме руководителя медицинской организации

7. При отказе пациента от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи медицинская организация обязана
1) сменить состав обучающихся
2) разъяснить пациенту право обучающихся на оказание медицинской помощи
3) уверить пациента в ответственности лечащего врача за результат оказания медицинской помощи обучающимися
4) оказать медицинскую помощь без участия обучающихся

8. Лечащий врач
1) назначается руководителем медицинской организации
2) назначается руководителем страховой медицинской организации
3) выбирается пациентом с учетом согласия врача
4) выбирается пациентом без учета согласия врача
5) самостоятельно определяет контингент своих пациентов

9. Отдельные функции лечащего врача по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, могут быть возложены на фельдшера, акушерку при оказании
1) первичной медико-санитарной помощи
2) скорой медицинской помощи
3) специализированной медицинской помощи
4) высокотехнологичной медицинской помощи
5) паллиативной медицинской помощи

10. Медицинские работники и руководители медицинских организаций вправе принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
1) подарки, денежные средства
2) вознаграждения по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий
3) вознаграждения в связи с осуществлением медицинским работником педагогической или научной деятельности)
4) денежные средства на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха
5) принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний

7. Врачебные ошибки, ятрогении и правонарушения в медицине

1. Легкий вред здоровью отличается от вреда здоровью средней тяжести
1) наличием опасности для жизни в момент причинения
2) длительностью расстройства здоровья
3) причинением психических страданий
4) причинением физической боли
5) причинением повреждений с особой жестокостью

2. Остаточные следствия – это
1) стойкий неблагоприятный результат осложнения
2) присоединившийся к основному страданию патологический процесс
3) присоединение расстройств, закономерно возникающих при основном заболевании
4) неправильный выбор метода и его процедуры для данного больного

3. Врач может быть привлечен к ответственности за «убийство» в случае
1) преждевременной констатации смерти донора с целью получения органов для трансплантации
2) умышленном лишении жизни
3) неоказании помощи, повлекшим смерть больного
4) оставлением в опасности, повлекшим наступление смерти
5) смерти женщины при производстве криминального аборта

4. Отсутствие вины при причинении вреда жизни и здоровью больного характеризуют следующие признаки
1) недостаточная квалификация медицинского работника

2) невнимательное обследование больного
3) недобросовестное отношение к своим обязанностям
4) медицинский работник не мог и не должен был предвидеть опасных последствий
5) отсутствие необходимой диагностической аппаратуры

5. Врачебная ошибка – это понятие
1) юридическое
2) медицинское
3) житейское
4) этическое

6. Под «врачебной ошибкой» понимают
1) невыполнение должностным лицом своих обязанностей
2) небрежное ведение медицинской документации
3) осложнение заболевания, связанное с некачественной диагностикой
4) добросовестное заблуждение врача
5) несчастный случай в медицинской практике

7. Меры предотвращения врачебных ошибок
1) рассматривать врачебные ошибки как преступления
2) улучшать подготовку и переподготовку медицинских работников
3) лишать медработников диплома
4) переводить на нижеоплачиваемую работу

8. Опасным для жизни является вред здоровью
1) повлекший потерю органа
2) повлекший потерю зрения
3) повлекший прерывание беременности
4) который при обычном течении может закончиться смертью
5) повлекший заболевание наркоманией

9. Должностным преступлением является
1) неоказание помощи больному
2) оставление в опасности
3) вымогательство
4) получение взятки через посредника
5) умышленное причинение вреда здоровью

10. Гражданин, его законный представитель или родственники имеют право отказаться от
1) изъятия органов из его тела после смерти
2) патологоанатомического вскрытия
3) судебно-медицинского вскрытия
4) постановки на диспансерный учет в случае психического заболевания
5) госпитализации в случае заболевания дизентерией

*Примечание. Правильные ответы выделены курсивом.