



КонсультантПлюс

"Научно-практический комментарий к
Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N
323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации"
(постатейный)
(под общ. ред. А.А. Кирилловых)
("Деловой двор", 2012)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 01.02.2024

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОММЕНТАРИЙ К ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ
ОТ 21 НОЯБРЯ 2011 Г. N 323-ФЗ
"ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"**

(Постатейный)

**Под общей редакцией
А.А. КИРИЛЛОВЫХ**

Авторы:

Благодир Алла Леонтьевна, кандидат юридических наук, доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Института (филиала) Московской государственной юридической академии имени О.Е. Кутафина (МГЮА), специалист с 15-летним опытом работы в системе социальной защиты населения, один из авторов комментария к Закону "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации";

Дубровина Ирина Львовна, доцент кафедры трудового права и права социального обеспечения Института (филиала) МГЮА, кандидат юридических наук, судья Кировского областного суда;

Кирилловых Андрей Александрович, практикующий юрист, специалист в сфере социальной защиты граждан, преподаватель кафедры гражданско-правовых дисциплин Санкт-Петербургского института внешнеэкономических связей, экономики и права. Автор многочисленных комментариев к законам ("О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей", "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и др.);

Коврижных Любовь Александровна, доцент кафедры правовой информатики Института (филиала) МГЮА, кандидат юридических наук, специалист в области информационного и авторского законодательства;

Путило Наталья Васильевна, заведующая отделом социального законодательства Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, кандидат юридических наук, специалист в сфере законодательства об охране здоровья граждан, автор [комментария](#) к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

Седельникова Раиса Игоревна, кандидат юридических наук, доцент кафедры финансового права Института (филиала) МГЮА, специалист в области бюджетного и налогового законодательства.

Авторский коллектив:

А.Л. Благодир: [ст. ст. 8, 32, 33 - 37, 40 - 43, 51, 52, 58 - 62, 64, 65, 69](#);

И.Л. Дубровина: [ст. ст. 24, 46, 63](#);

А.А. Кирилловых: [предисловие](#), [ст. ст. 2, 4 - 7, 9, 11 - 18, 20 - 23, 25 - 31, 38, 39, 44, 45, 47 - 50, 53 - 57; 66 - 68, 70 - 73, 75 - 79, 84 - 90, 93 - 101](#);

Л.А. Коврижных: [ст. ст. 91, 92](#);

Н.В. Путило: [ст. ст. 1, 3, 10, 19, 37, 74, 80, 81](#);

Р.И. Седельникова: [ст. ст. 82, 83](#).

Предисловие

Концептуальные разработки модернизации законодательства в сфере здравоохранения объясняются объективными причинами, которые определяются правовым форматом современной медицины, а также новыми социально-экономическими реалиями.

Широта общественных отношений в сфере медицинской деятельности давно уже является достаточной для выделения такой отрасли права, как медицинское право <1>. С точки зрения доктринальных представлений медицинское право - совокупность юридических норм (установленных, санкционированных государством, международными организациями), регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности, в том числе в системе медицинского обеспечения права на жизнь и здоровье, физической и психической неприкосновенности, а равно по оказанию медицинских услуг. Это также действия или деятельность медицинских работников по сохранению, предоставлению пациентам достоверной информации об их диагнозе, динамике болезни, методах и предполагаемых конечных результатах лечения, врачебной тайны, трансплантации органов и тканей человека, вопросов эвтаназии, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и т.д. <2>.

<1> Иванников И.А. [Медицинское право](#): проблемы кодификации // Медицинское право. 2010. N 5. С. 19 - 22.

<2> [Там же](#).

При этом в системе правового регулирования медицинской сферы можно выделить ключевые, системообразующие нормативные акты, к числу которых, несомненно, относятся [Основы законодательства](#) Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 N 5487-1 <1> (далее - Основы законодательства 1993).

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 33. Ст. 1318.

Однако с момента принятия [Основ законодательства](#) 1993 г. произошли значительные изменения условий функционирования экономики государства, системы исполнительной власти, организационных основ оказания медицинской помощи. С течением времени, в условиях современных социально-экономических реалий, определены направления реформирования, модернизации отрасли здравоохранения и смежных отраслей, выработаны подходы к их регулированию, осуществлено разграничение полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и местного самоуправления, разработаны и реализуются долгосрочные целевые программы и приоритетный национальный проект в сфере охраны здоровья.

На сайте Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) опубликована Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года (далее - Концепция). Как отмечается в ее общих положениях, она представляет собой анализ состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода. Согласно тексту Концепции ее правовое обеспечение предусматривает как издание новых законодательных актов, так и совершенствование действующего законодательства, которое должно осуществляться поэтапно. С этим тезисом сложно не согласиться.

Прежде всего требовалась конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, что определялось требованием принятия блока норм, опосредующих финансирование медицинской помощи и ее отдельных видов (бюджетное законодательство, законодательство о медицинском страховании, законодательство о медицинских услугах, оказываемых населению за счет средств граждан и организаций). Кроме того, основные элементы системы здравоохранения, т.е. непосредственные участники медицинской деятельности, не были должным образом представлены в законодательстве. Не случайно в рамках анализа Концепции отмечается необходимость законодательного уточнения правового статуса основных участников здравоохранительных правоотношений (пациента, врача, медицинской сестры, провизора, фармацевта и др.). В изменениях и дополнениях нуждаются как общие нормы о правовом статусе таких участников (например, до настоящего времени четко не определены обязанности пациента), так и специальные нормы (например, права и обязанности пациента и медицинского работника в психиатрии) <1>.

<1> Мохов А.А. [Концепция развития системы здравоохранения](#) в Российской Федерации до 2020 года и ее правовое обеспечение // Российская юстиция. 2011. N 8. С. 48 - 50.

Несмотря на наличие стратегических документов развития здравоохранения, пока они остаются в качестве проектов путей долгосрочной модернизации медицинской сферы. В то же время потребность решения возникающих в медицинской деятельности проблем в отсутствие системной логики развития медицинского права остро поднимает вопрос о заполнении пробелов правового регулирования многочисленными законодательными инициативами. Не случайно в литературе отмечается нарастание в рассматриваемой сфере количества законопроектов (более 120), находящихся на рассмотрении в Государственной Думе РФ <1>. Такая практика в известной степени также продиктована недовольством экспертов, фактически выступающих в качестве невольных инициаторов в разработке специалистами законопроектов в отдельных направлениях медицинской деятельности <2>.

<1> Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан. М., 2005. С. 122.

<2> Чеснокова М.Д. [Правовой мониторинг в социальной сфере](#) // Журнал российского права. 2009. N 4.

Обеспечение целостности правовой системы здравоохранения, безусловно, требует постоянного отслеживания всего жизненного цикла уже принятых и действующих законов (включая этапы их изменений и дополнений) и отслеживание по установленным параметрам практики их применения в процессе деятельности органов исполнительной власти <1>.

<1> Бевеликова Н.М. [Правовой мониторинг в сфере здравоохранения](#) // Медицинское право. 2008. N 4.

При этом увеличение количества нормативных актов не решает проблему правового регулирования, а, наоборот, усиливает сложившиеся противоречия в действующей системе медицинского законодательства. Все правовые пробелы, а в некоторых случаях и явные нормативные противоречия и коллизии требовали выработки новых подходов и принципов к их регулированию и решению именно на законодательном уровне. Логика работы по решению системных проблем в здравоохранении логично вписывалась в разработку и принятие самостоятельного нормативного акта, определяющего правовую основу системы здравоохранения на современном этапе.

В связи с этим [распоряжением](#) Правительства РФ от 23.12.2009 N 2063-р "Об утверждении Плана законопроектной деятельности Правительства Российской Федерации на 2010 год" <1> было предусмотрено внесение в декабре 2010 г. на рассмотрение Государственной Думы проекта Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", разработанного Минздравсоцразвития России.

<1> СЗ РФ. 2009. N 52 (ч. II). Ст. 6672.

Принятый 22.11.2011 за N 323-ФЗ после длительного законотворческого процесса Федеральный [закон](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <1> (далее - Закон об охране здоровья) должен стать базовым для всей сферы здравоохранения Российской Федерации. Кроме того, одна из магистральных целей принятого Закона - отразить произошедшие с момента принятия в 1993 г. [Основ законодательства](#) изменения условий функционирования экономики, системы исполнительной власти, организационных основ оказания медицинской помощи, определенные концептуальные направления реформирования отрасли здравоохранения и смежных отраслей, разграничение полномочий между органами государственной власти и местного самоуправления.

<1> СЗ РФ. 2011. N 48. Ст. 6724.

Необходимо отметить, что при разработке указанного нормативного акта законодатель, безусловно, учел нормотворческую практику в регулировании вопросов медицинской помощи в государствах - членах ЕврАзЭС, которая представлена в основном законами (исключение - Республика Казахстан, в которой применяется Кодекс "О здоровье народа и системе здравоохранения" 2009). Здесь следует отметить Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-XII "О здравоохранении", Закон Республики Узбекистан от 29.08.1996 N 265-1 "Об охране здоровья граждан" <1> и ряд других.

<1> Григорьев И.В. [Правовое регулирование медицинской помощи гражданам](#) государств ЕврАзЭС // Трудовое право в России и за рубежом. 2010. N 3. С. 51 - 53.

При этом, несмотря на отсутствие самостоятельного кодифицированного акта, логика построения системы нормативных институтов медицинского права определяет эволюционный путь развития нормативно-правовой базы, что демонстрируют и положения [Закона](#) об охране здоровья. К слову, кодифицированный характер Закона отмечался и в пояснительной записке к законопроекту, предлагавшему единство законодательного регулирования в сфере здравоохранения наряду с уже существующими нормативными актами, действующими в данной области правового регулирования. Основная задача [Закона](#) - отразить новеллы правового регулирования и в совокупности с прежними нормами создать современную и эффективную систему российского здравоохранения.

[Закон](#) об охране здоровья сохраняет свою кодификационную конструктивно-нормативную систему, воспринятую от [Основ законодательства](#) 1993 г. Поэтому кодификационный инструментарий, используемый в правовом регулировании охраны здоровья, является принципиальным для построения всей структуры общественных отношений в рассматриваемой сфере, что отражено в [ст. 3](#) Закона.

Как следует из анализа данной [статьи](#), Закон об охране здоровья выступает системообразующим актом для всех иных федеральных законов, входящих в спектр законодательства о здравоохранении.

Решающая роль данного нормативного акта в правовом регулировании подтверждается также нормативными установлениями о том, что нормы об охране здоровья граждан других нормативных актов не должны противоречить Закону ([ч. 2 ст. 3](#)), при несоответствии Закону норм иных актов применяются нормы Закона ([ч. 3 ст. 3](#)). Кроме того, законодатель воспринял конституционный принцип ([п. 4 ст. 15](#) Конституции РФ <1>) приоритета норм международного права над нормами внутреннего законодательства.

<1> СЗ РФ. 2009. N 4. Ст. 445.

При этом известная конституционная формула считает общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации частью правовой системы России. Однако по непонятной причине законодатель оставил за рамками законодательства в сфере охраны здоровья указанные положения [Основного Закона](#).

Тем не менее конвенции и рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также международные договоры являются источником российского законодательства о здравоохранении и обязательны для использования в практике национального законотворчества и правоприменительной деятельности.

Новый [Закон](#) как фундаментальный нормативный акт определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина в сфере здравоохранения и гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность федеральных, региональных и местных органов власти России в сфере охраны здоровья граждан; права и обязанности медицинских организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья граждан, а также

права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

Закон заменяет ряд нормативно-правовых актов, действовавших в России ранее (в частности, признаны недействующими **Основы законодательства** 1993). Кроме того, предусмотрен комплексный порядок вступления Закона в силу.

21 ноября 2011 года

N 323-ФЗ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Комментарий к [статье 1](#)

В отличие от ранее действовавших Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993 г., начинавшихся с **преамбулы**, комментируемый **Закон**, следуя сложившейся в последнее время традиции, не содержит такого структурного элемента, как преамбула. В результате в данном Законе отсутствует указание на обстоятельства, послужившие поводом к принятию акта, не определены те цели, которые явились бы базовыми, определяющими содержание иных положений **Закона**. Отказ от использования такого элемента структуры Закона, как преамбула, является, на наш взгляд, свидетельством все большей "рационализации" нормативных правовых актов, в результате которой исключаются положения, не имеющие нормативной природы (преамбулы), а также декларативные, пафосные или наукоемкие (использующие или дающие определения теоретико-правовым конструкциям) нормы.

Данной **статьей** закреплены нормы, определяющие предмет регулирования рассматриваемого Закона. В этом качестве выступает массив общественных отношений, образующих сферу охраны здоровья граждан. Использование термина "сфера" подчеркивает глобальный и комплексный характер отношений по охране здоровья граждан, не сводимый лишь к медицинской помощи. Употребление этого термина, преобладающего при характеристике и обозначении охраны здоровья граждан, является моментом, отличающим комментируемый **Закон** от **Основ законодательства** 1993 г. В последних здравоохранение обозначалось как сфера общественных отношений, а охрана здоровья граждан - как область.

Несмотря на то что в **Законе** и здравоохранение, и охрана здоровья обозначены как одна и та же сфера, а элементы, образующие эту сферу (например, сфера обращения лекарственных средств, хотя Федеральный **закон** "Об обращении лекарственных средств" в ряде случаев при характеристике своего предмета регулирования использует термин "область"), также обозначены в качестве сфер, считаем возможным (с учетом имеющихся дефиниций) понимать под сферой охраны здоровья граждан масштабный комплекс взаимосвязанных общественных отношений, регулирование которых осуществляется посредством норм законодательства об охране здоровья граждан.

Понимая под охраной здоровья граждан систему 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, законодатель не определяет понятие "здравоохранение". Не сохранен и традиционный для законодательства советского периода подход: применительно к отношениям использовалось обозначение "отношения по охране здоровья граждан", но при обозначении соответствующего законодательства говорилось о "законодательстве о здравоохранении".

Заметим, что в ряде стран СНГ использован иной прием: легально определяются и понятия "охрана здоровья граждан" и "здравоохранение". Так, согласно Закону Республики Беларусь от 18.06.1993 N 2435-XII "О здравоохранении" <1> охрана здоровья населения - совокупность политических, экономических, правовых, социальных, культурных, научных, экологических, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья настоящего и будущих поколений людей, а здравоохранение - система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей, профилактику и лечение заболеваний.

<1> Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь. URL: <http://pravo.by/main.aspx?guid=3871&p0=v19302435&p2={NRPA}>.

В российских условиях при отсутствии законодательной позиции по данному вопросу следует ориентироваться на то понимание здравоохранения, которое сложилось в рамках науки управления здравоохранением: "Система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, направленных на укрепление здоровья населения, профилактику заболеваемости и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества" <1>.

<1> Управление здравоохранением: Учебник / Под ред. В.З. Кучеренко. М.: ТЕИС, 2001. С. 15.

Не давая какого-либо системного представления о составных элементах, образующих сферу охраны здоровья граждан, при характеристике предмета регулирования в комментируемой [статье](#) избран иной прием - перечислены направления правового регулирования, выделенные преимущественно на основании субъектов тех или иных групп правоотношений (например, полномочия органов публичной власти, права и обязанности юридических лиц, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников и т.п.). Ранее в [Основах законодательства](#) 1993 г. содержание комментируемой [статьи](#) охватывалось категорией "задачи законодательства об охране здоровья граждан".

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Комментарий к [статье 2](#)

Как показывает практика использования нормативных актов в сфере здравоохранения, наибольшие затруднения для экспертов, ученых и правоприменителей представляют вопросы понимания и использования положений федеральных законов об охране здоровья граждан.

Например, характеризуя нормативные положения ряда таких актов, большинство экспертов (67%) ответили, что сталкиваются со значительными трудностями при использовании положений закона вследствие пробелов и противоречий в федеральном законодательстве, в том числе из-за наличия нормативных предписаний, допускающих неоднозначные толкования <1>.

<1> Чеснокова М.Д. [Правовой мониторинг в социальной сфере](#) // Журнал российского права. 2009. N 4.

Представляется, что эти замечания можно в полной мере отнести и к положениям [Основ законодательства](#) 1993 г.

В этой связи надо отметить, что определение основных понятий в области здравоохранения является традиционным для нормативных актов государств - участников ЕврАзЭС о медицинской помощи, превосходящих по уровню юридической техники соответствующие акты РФ. Наиболее полное раскрытие

терминологии в законе является нормальной практикой государств СНГ. Например, значительное число терминов закрепляют кодифицированные акты в сфере здравоохранения Республики Казахстан (121 термин), Закон Республики Беларусь (21 термин), в том числе детально регламентирующих систему здравоохранения и процедурные вопросы <1>.

<1> Григорьев И.В. [Правовое регулирование медицинской помощи гражданам](#) государств ЕврАзЭС // Трудовое право в России и за рубежом. 2010. N 3. С. 51 - 53.

Важной новеллой [Закона](#) об охране здоровья является появление дефинитивного аппарата, который определяет наиболее значимые для всей медицинской сферы понятия. Следует отметить, что наличие в законодательстве терминов, применяемых для целей нормативного акта, значительно упрощает его применение в рамках толкования отдельных норм и положений.

Учитывая важность сферы обеспечения охраны здоровья граждан, правильное толкование соответствующих понятий будет способствовать единой правоприменительной практике с учетом специфичности области регулирования.

Впервые на законодательном уровне были закреплены дефиниции, напрямую связанные с оказанием медицинской помощи и определяющие отдельные ее компоненты.

Как следует из содержания комментируемой [статьи](#), законодатель отнес к области охраны здоровья целый ряд ключевых понятий законодательства о здравоохранении, которые находят свое дефинитивное определение.

1. Здоровье. Здоровье характеризует состояние физического, психического и социального благополучия человека. При этом состояние человека можно оценивать как здорового, если при наличии указанных характеристик отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Здоровье человека является качественной характеристикой, складывающейся из набора количественных параметров: антропометрических (рост, вес, объем грудной клетки, геометрическая форма органов и тканей); физических (частота пульса, артериальное давление, температура тела); биохимических (содержание химических элементов в организме, эритроцитов, лейкоцитов, гормонов и пр.); биологических (состав кишечной флоры, наличие вирусных и инфекционных болезней) и др.

Для состояния организма человека существует понятие "норма", когда значения параметров укладываются в определенный, выработанный медицинской наукой и практикой диапазон. Отклонение значения от заданного диапазона может явиться признаком и доказательством ухудшения здоровья. Внешне утрата здоровья будет выражаться в измеримых нарушениях в структурах и функциях организма, изменениях его адаптивных возможностей.

В медико-социальных исследованиях выделяют уровни здоровья:

индивидуальное здоровье - здоровье отдельного человека;

групповое здоровье - здоровье социальных и этнических групп;

региональное здоровье - здоровье населения административных территорий;

общественное здоровье - здоровье популяции, общества в целом.

Согласно [Уставу](#) ВОЗ "здоровье - это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия". Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья на популяционном и индивидуальном уровне. По мнению ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном - процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

2. Охрана здоровья граждан. Это разнонаправленный процесс, предполагающий реализацию системы мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского (в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического)) характера. Данные мероприятия осуществляются комплексно органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами. Цели реализации указанных мероприятий - профилактика заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи.

3. Медицинская помощь. Это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг. При этом медицинская помощь - комплекс не только соответствующих мероприятий, но и технологий, разрешенных к применению на территории РФ. Медицинская помощь оказывается профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством (как правило, врачами-специалистами).

4. Медицинская услуга. В отличие от понятия "медицинская помощь" категория "медицинская услуга" по своему объему имеет более узкое содержание. Под медицинской услугой понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. В то же время медицинские услуги нередко рассматриваются в качестве вида взаимоотношений по предоставлению медицинской помощи, урегулированного соглашением (договором на оказание медицинской услуги). Данные услуги обычно оказываются на платной основе, т.е. имеет место коммерциализованный характер медицинской деятельности (см. [комментарий к ст. 84 Закона](#)).

В договоре обычно указываются: предмет договора (объем и качество предоставляемой медицинской помощи); порядок предоставления и оплаты медицинской помощи; права и обязанности сторон (пациента и медицинского учреждения); ответственность сторон за нарушение принятых на себя обязательств; порядок разрешения споров между сторонами договора. Таким образом, формализованность и определенность медицинской услуги дают каждой стороне договора гарантии как соблюдения собственных прав, так и ответственности за нарушения принятых на себя обязательств.

5. Медицинское вмешательство, как следует из предложенного законодателем определения, - это определенные виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций. Кроме того, к такого рода медицинским манипуляциям отнесено также искусственное прерывание беременности (см. [комментарий к ст. 56 Закона](#)). Указанные действия выполняются медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивают физическое или психическое состояние человека и имеют профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность.

6. Профилактика. Профилактика (др.-греч. **prophylaktikos** - предохранительный) - комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. Профилактические мероприятия - важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

В соответствии с предложенным в [Зако](#)не определением профилактика в сфере охраны здоровья представляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Данные мероприятия включают формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направлены на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Выделяют индивидуальную и общественную, включающую систему мероприятий по охране здоровья коллективов, профилактику, предусматривающую соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве:

индивидуальная - меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек. Она практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к

личной гигиене, гигиене брачных и семейных отношений, гигиене одежды, обуви, рациональному питанию и питьевому режиму, гигиеническому воспитанию подрастающего поколения, рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой и др.;

общественная - система социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения. Меры общественной профилактики направлены на обеспечение высокого уровня общественного здоровья, искоренение причин, порождающих болезни, создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия, расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного потребления, а также развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры <1>.

<1> Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение": Учеб. пособие / Под ред. В.С. Лучкевича и И.В. Полякова. СПб., 2005.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно рассмотреть три вида профилактики:

первичная - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т.д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства;

вторичная - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления;

третичная. Некоторые специалисты предлагают трактовать термин "третичная профилактика" как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию <1>.

<1> Там же.

7. Диагностика. Согласно предложенному в [Законе](#) определению диагностика представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний. Диагностика осуществляется посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований. Цели диагностики - определение диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

8. Лечение. Как следует из определения, это комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника. Цель вмешательства - устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни. Синонимом слова "лечение" является терапия (греч. **тетаэпсилонроальфапизепсилонйотаальфа** (therapeia) - лечение, оздоровление) - процесс, целью которого являются облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности, нормализация

нарушенных процессов жизнедеятельности и выздоровление, восстановление здоровья.

Следует обратить внимание на известные медицине формы и методы лечения. Среди них прежде всего следует выделить терапевтические подходы к лечению:

этиотропная терапия - направлена на устранение причины заболевания (например, антибактериальная терапия при инфекционных болезнях);

патогенетическая терапия - направлена на механизмы развития заболевания, применяется при невозможности этиотропной терапии (например, заместительная терапия инсулином при сахарном диабете в связи с недостаточной продукцией этого гормона поджелудочной железой);

симптоматическая (паллиативная) терапия - применяется для устранения отдельных симптомов заболевания (например, применение анальгетиков при боли, жаропонижающих препаратов при "высокой" лихорадке и др.) в дополнение к этиотропной и патогенетической терапии. Паллиативная терапия пациентов при невозможности радикального излечения (терминальная стадия онкологического заболевания и др.) осуществляется в рамках спектра лечебно-социальных мероприятий, называемого паллиативной помощью;

консервативное (нехирургическое) лечение (собственно, терапия) - осуществляется химическими, физическими и биологическими методами:

1) химические и биологические методы являются основными консервативными способами воздействия на больной организм. К их числу относятся фармакотерапия и химиотерапия, фитотерапия, иммунотерапия и фаготерапия;

2) к физическим консервативным методам лечения относятся физиотерапия, массаж и лечебная физкультура, гидротерапия. В большинстве случаев эти методы являются вспомогательными. Физиотерапевтические методы включают воздействия на организм с помощью электромагнитных и звуковых излучений (УВЧ-терапия, магнитотерапия, электрофорез, лазеротерапия, рентгенотерапия и др.);

хирургическое лечение - формально выходит за рамки внутренней медицины (терапии). Применяется в случае невозможности или низкой эффективности консервативного лечения. Тем не менее терапию нельзя логически противопоставлять хирургии, поскольку хирургическое вмешательство - это частный случай лечения (терапии), который должен применяться тогда, когда это необходимо с точки зрения терапевтической программы.

9. Пациент. Пациентом является физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Пациент (лат. *patiens* - терпящий, страдающий) - это человек. Хотя существует более широкое представление о пациентах, к которым относят любое другое живое существо. Пациент это, кроме того, лицо, пользующееся медицинскими услугами независимо от наличия у него заболевания.

10. Медицинская деятельность. Медицинская деятельность, как следует из предложенного определения, - прежде всего профессиональная деятельность. Это, в частности, означает, что такую деятельность осуществляют профессионалы - медицинские работники, имеющие соответствующую квалификацию.

Указанная профессиональная деятельность включает в том числе проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Эта деятельность также связана с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Вместе с тем медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи.

11. Медицинская организация. Во-первых, медицинская организация - это юридическое лицо. Согласно [ст. 48](#) Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) <1> юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

<1> СЗ РФ. 1994. N 32. Ст. 3301.

Во-вторых, медицинская организация - это юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы.

Понятие "организационно-правовая форма" охватывает конкретные виды юридических лиц в их доктринальном разделении ([ст. 50](#) ГК РФ) на коммерческие (преследуют извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности) и некоммерческие (не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками).

Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями, могут создаваться в форме хозяйственных товариществ и обществ, производственных кооперативов, государственных и муниципальных унитарных предприятий.

Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, могут создаваться в форме потребительских кооперативов, общественных или религиозных организаций (объединений), учреждений, благотворительных и иных фондов, а также в других формах.

Как установлено в [Законе](#), медицинская организация осуществляет в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность. Поэтому медицинские организации - это юридические лица, имеющие специальную, строго целевую правоспособность. Это также означает, что иные виды деятельности помимо основной такие организации вправе осуществлять только в той мере, в какой это не противоречит основному виду деятельности. Иные виды деятельности в этом случае выступают в качестве вспомогательных видов.

Как правило, практика создания медицинских организаций связывается с использованием организационно-правовой формы учреждения.

Учреждением признается некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера ([ст. 120](#) ГК РФ). Медицинские учреждения действуют в основном на муниципальном уровне, поэтому распространенной является форма муниципального учреждения здравоохранения (МУЗ).

Примеры медицинских организаций: больница, поликлиника, санаторий, медицинские институты и университеты и др., а также международные медицинские организации.

В-третьих, медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии, которая выдается в установленном порядке. Лицензия - специальное разрешение на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности (выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности). Данное разрешение подтверждается документом, выданным лицензирующим органом на бумажном носителе или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, в случае если в заявлении о предоставлении лицензии указывалось на необходимость выдачи такого документа в форме электронного документа.

В-четвертых, из предложенного законодателем определения следует учесть, что медицинские юридические лица - это организации с наличием не только специальной, но и общей правоспособности, поскольку законодателем для юридического лица предусмотрена возможность наряду с основной (уставной) деятельностью попутно осуществлять медицинскую деятельность. Общая правоспособность, как известно, предполагает открытый перечень видов деятельности и характерна в большей степени для коммерческих структур.

Кроме того, статус медицинской организации в соответствии с комментируемым **Законом** имеют индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Данная норма в некотором смысле основана также на положениях **ст. 23** ГК РФ, предусматривающей применение к предпринимательской деятельности граждан, осуществляемой без образования юридического лица, правил гражданского законодательства, которые регулируют деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями.

Несмотря на то что обозначенная норма указывает на совпадение статуса гражданина и юридического лица в предпринимательстве только применительно к коммерческим организациям, представляется, что в медицинской сфере аналогичным образом должен решаться вопрос и в отношении некоммерческих организаций.

Отметим, что индивидуальные предприниматели - это физические лица (т.е. граждане), зарегистрированные в установленном порядке и осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица. Гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя.

12. Фармацевтическая организация. Фармацевтические организации как медицинские - это также юридические лица независимо от организационно-правовой формы, и к ним приравниваются также индивидуальные предприниматели, ведущие деятельность по соответствующему профилю.

Отличие состоит в содержании самой деятельности, имеющей фармацевтическое направление. К фармацевтическим организациям законодатель отнес организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации. В свою очередь аптека - особая специализированная организация системы здравоохранения, занимающаяся изготовлением, фасовкой, анализом и продажей лекарственных средств. Аптеку традиционно рассматривают как учреждение здравоохранения, а ее деятельность формулируют как "оказание фармацевтической помощи населению". Фармацевтическая помощь включает процедуру консультирования врача и пациента с целью определения наиболее эффективного, безопасного и экономически оправданного курса лечения.

13. Медицинский работник. Из предложенного законодателем определения категория "медицинский работник" имеет следующие характеристики (составные элементы), а именно медицинский работник - это:

во-первых, физическое лицо, т.е. гражданин;

во-вторых, лицо, которое имеет медицинское или иное образование;

в-третьих, лицо, которое работает в медицинской организации;

в-четвертых, лицо, в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

в-пятых, индивидуальный предприниматель, непосредственно осуществляющий медицинскую деятельность.

14. Фармацевтический работник. Понятие "фармацевтический работник" имеет сходную с понятием медицинского работника дефинитивную часть, различающуюся лишь направлением профессиональной деятельности. Фармацевтический работник:

1) физическое лицо;

2) имеет фармацевтическое образование;

3) работает в фармацевтической организации;

4) имеет трудовые обязанности: оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

(лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка.

15. Лечащий врач. Как следует из определения, это врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Понятие "лечащий врач" входит в более общую категорию "медицинский работник", поэтому к лечащим врачам следует относить также индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной практикой.

16. Заболевание. Это - нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма. Указанные нарушения возникают в связи с воздействием на организм патогенных факторов.

17. Состояние. Предложенный термин "состояние" представлен в медицинском аспекте, причем в его качественной динамической характеристике. С точки зрения медицины "состояние" - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

18. Основное заболевание. Это - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи. При этом наличие основного заболевания связывается с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

В прямой зависимости с основным заболеванием находится фоновое заболевание. Это болезнь, сыгравшая существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания, развитии смертельных осложнений. Оно может быть включено в рубрику "основное заболевание". Понятие фонового заболевания введено по решению ВОЗ в 1965 г., вначале его употребляли при формулировании диагноза инфаркта миокарда.

19. Сопутствующее заболевание не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием. Следовательно, степень необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья более низкая по сравнению с основным заболеванием. При этом сопутствующее заболевание само по себе не является причиной смерти. Сопутствующими заболеваниями называют болезни, имеющиеся у больного, но не связанные с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеющие иную номенклатурную рубрификацию.

20. Тяжесть заболевания или состояния. Данная категория представляется в качестве критерия, определяющего степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленных заболеванием или состоянием либо их осложнением.

21. Качество медицинской помощи (КМП). Категория "качество медицинской помощи" - комплексная. Качество медицинской помощи является фактором, влияющим на состояние личного и общественного здоровья. На практике оценка качества медицинской помощи пациенту является одним из ключевых проблемных вопросов, возникающих перед организаторами здравоохранения. Под КМП обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки <1>. КМП представляет совокупность характеристик, отражающих:

<1> Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) // <http://maps.spb.ru/ordinator/addelment/>.

1) своевременность оказания медицинской помощи - оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно

начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации <1>;

<1> Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. 2009. N 12. С. 6 - 12.

2) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

3) степень достижения запланированного результата. Эффективность и действенность - соответствие фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т.е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ оптимальная медицинская помощь - это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения <1>. Оценка результата представляет собой определение состояния здоровья пациента после лечения и сравнение результатов с эталонными, установленными на основании научных опытов и клинических оценок. Это основные характеристики медицинской помощи, когда ожидаемые результаты сравниваются с реально достигнутыми. В качестве индикаторов результатов чаще всего используются показатели повторной госпитализации и смертности в стационаре.

<1> Самородская И.В. Здравоохранение. 2001. N 7. С. 25 - 30.

Ориентированность на пациента, его удовлетворенность означают участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медперсонала и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 3](#)

1. Посредством законодательства об охране здоровья происходит закрепление в нормативных правовых актах выработанной государством политики в данной сфере, обеспечивается ее легальный характер, гарантируется ее реализация.

Комментируемой [статьей](#) не изменено то понимание уровней структуры законодательства об охране здоровья, которое имелось в [Основах законодательства](#) 1993 г. В законодательство об охране здоровья входят как законодательные, так и подзаконные акты федерального и регионального уровней. В соответствии с [ч. ч. 1 и 2 рассматриваемой статьи](#) в состав законодательства об охране здоровья граждан не входят нормативные правовые акты иной отраслевой принадлежности, содержащие нормы, регулирующие отношения по охране здоровья граждан. В то же время, исходя из того что комментируемый [Закон](#) позиционируется как системообразующий для законодательства об охране здоровья граждан, закреплены требования как о его приоритете над остальными актами в рамках данного законодательного массива, так и о подчинении норм об охране здоровья из актов иной отраслевой принадлежности нормам актов, прямо посвященных регулированию отношений об охране здоровья.

Таким образом, комментируемой [статьей](#) установлены две формы правового регулирования отношений по охране здоровья: 1) посредством принятия специальных тематических актов, образующих особую отрасль законодательства Российской Федерации - законодательство об охране здоровья; 2) посредством включения норм, регулирующих какие-то фрагменты отношений по охране здоровья, в нормативные правовые акты другой (иной) отраслевой принадлежности.

Сегодня в сфере охраны здоровья на федеральном уровне существует около двух десятков законодательных актов, непосредственно затрагивающих отношения между органами, организациями, учреждениями и гражданами по оказанию медицинских услуг и иной связанной с ними деятельности. Среди них Федеральные законы: от 30.03.1999 [N 52-ФЗ](#) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" <1>, от 12.04.2010 [N 61-ФЗ](#) "Об обращении лекарственных средств" <2>, от 29.11.2010 [N 326-ФЗ](#) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <3>, от 08.01.1998 [N 3-ФЗ](#) "О наркотических средствах и психотропных веществах" <4>, от 18.06.2001 [N 77-ФЗ](#) "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" <5>, от 17.09.1998 [N 157-ФЗ](#) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" <6>, от 30.3.1995 [N 38-ФЗ](#) "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" <7>, от 10.07.2001 [N 87-ФЗ](#) "Об ограничении курения табака" <8>; Законы РФ от 02.07.1992 [N 3185-1](#) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" <9>, от 09.06.1993 [N 5142-1](#) "О донорстве крови и ее компонентов" <10>, от 22.12.1992 [N 4180-1](#) "О трансплантации органов и (или) тканей человека" <11>.

<1> СЗ РФ. 1999. N 14. Ст. 1650.

<2> СЗ РФ. 2010. N 16. Ст. 1815.

<3> СЗ РФ. 2010. N 49. Ст. 6422.

<4> СЗ РФ. 1998. N 2. Ст. 219.

<5> СЗ РФ. 2001. N 26. Ст. 2581.

<6> СЗ РФ. 1998. N 38. Ст. 4736

<7> СЗ РФ. 1995. N 14. Ст. 1212.

<8> СЗ РФ. 2001. N 29. Ст. 2942.

<9> Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. N 33. Ст. 1913.

<10> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 28. Ст. 1064.

<11> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 2. Ст. 62.

Наибольшей правотворческой активностью в сфере охраны здоровья отличаются Правительство РФ и Минздравсоцразвития России. В соответствии со [ст. 16](#) Федерального конституционного закона от 17.12.1997 [N 2-ФКЗ](#) "О Правительстве Российской Федерации" Правительство РФ принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, включая принятие нормативных правовых актов, предусмотренных [ст. 23](#) Федерального конституционного закона.

Минздравсоцразвития России согласно [Постановлению](#) Правительства РФ от 30.06.2004 [N 321](#) "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. В 2011 г. Минздравсоцразвития России было принято более 200 приказов (не включая акты, вносящие изменения в ранее принятые), зарегистрированных в Минюсте России.

Что касается актов Президента РФ в сфере здравоохранения, то их объем по сравнению с 90-и годами прошлого века существенно сократился. Сегодня данные акты касаются, как правило, регулирования отношения в части деятельности отдельных органов исполнительной власти ([Указ](#) Президента РФ от 11.10.2004 [N 1304](#) "О Федеральном медико-биологическом агентстве") и государственных служащих ([Указ](#) Президента РФ от 05.06.2003 [N 613](#) "О правоохранительной службе в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ").

Комплексный характер законодательства об охране здоровья предполагает, что основная цель данной отрасли законодательства, связанная с регулированием отношений по охране здоровья граждан, реализуется также через действие норм административного, экологического и других отраслей права. Нормы, регулирующие отношения по охране здоровья граждан, присутствуют в нормативных актах практически всех отраслей права. Они имеются в Трудовом кодексе РФ (напр., [ст. 323](#)), Гражданском кодексе РФ (напр., [ст. 150](#)), Уголовно-исполнительном кодексе РФ (напр., [ст. 101](#)), законодательстве о физической культуре и спорте (напр., [ст. 39](#) Федерального закона от 04.12.2007 N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации"). Значителен их объем в законодательстве о социальном обеспечении (Федеральные законы от 02.08.1995 N [122-ФЗ](#) "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и от 12.01.1995 N [5-ФЗ](#) "О ветеранах") и т.д. Данные и иные акты, несмотря на наличие в них норм по охране здоровья, нельзя рассматривать как акты законодательства в сфере охраны здоровья ввиду иного предмета и целей правового регулирования, незначительного удельного объема собственно норм об охране здоровья.

Федеральные законы в области здравоохранения в соответствии со [ст. 76](#) Конституции РФ имеют прямое действие на территории РФ и, следовательно, не нуждаются в дополнительном "подкреплении" законами субъектов РФ. В свою очередь федеральные законы в сфере охраны здоровья вводят наиболее общие, основополагающие нормы, требующие принятия на уровне субъектов РФ значительного числа нормативных правовых актов.

В настоящее время в ряде регионов (приблизительно 1/3 от 80 рассмотренных субъектов) либо общие законы о здравоохранении отсутствуют, либо регулирование осуществляется с помощью региональных программ. В этих субъектах, как правило, система законодательства о здравоохранении сформирована весьма сложно: есть массив федерального законодательства и лишь отдельные акты, дополняющие федеральное регулирование.

После 2004 г. в значительном количестве субъектов РФ приняты самостоятельные законы о здравоохранении либо об охране здоровья ^{<1>}. Так, новый Закон Ямало-Ненецкого автономного округа от 10.01.2007 N 12-ЗАО "О здравоохранении в Ямало-Ненецком автономном округе" - результат кодификационных процессов (объединение в одном акте нескольких ранее существовавших с параллельным появлением новых норм и изменением содержания старых).

^{<1>} Например, Московская область, Ленинградская область, Республика Дагестан, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Чеченская Республика, Чувашская Республика, Читинская область, Корякский автономный округ, Амурская область, Брянская область, Владимирская область, Кемеровская область, Кировская область, Курская область, Новосибирская область, Омская область, Орловская область, Ростовская область, Смоленская область, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра.

Для законодательства субъектов РФ последних лет характерен отказ от ранее существовавших на региональном уровне законов - дублей федеральных [Основ законодательства](#) 1993 г. Так, Закон Ставропольского края от 06.12.2005 N 62-кз "Об организации здравоохранения в Ставропольском крае" в отличие от ранее действовавшего краевого закона о здравоохранении касается намного более узкого предмета регулирования - организации здравоохранения, а не закрепляет общую модель всей системы охраны здоровья на региональном уровне. Подобные цели преследовали законотворческие органы и иных субъектов РФ ^{<1>}.

^{<1>} Закон Хабаровского края от 29.12.2004 N 236 "Об организации оказания специализированной медицинской помощи на территории Хабаровского края" отменил Закон Хабаровского края от 02.10.2002 N 61 "Об основах охраны здоровья жителей Хабаровского края". Областным законом Новгородской области от 05.11.2004 N 326-ОЗ "О признании утратившими силу некоторых областных законов в сфере здравоохранения" был признан утратившим силу Областной закон от 04.02.1997 N 82-ОЗ "Об организационно-правовых и финансовых основах системы здравоохранения области". Законом Тамбовской области от 23.06.2006 N 58-З "О признании утратившим силу Закона Тамбовской области "О здравоохранении в Тамбовской области" было прекращено действие Закона Тамбовской области от

22.01.1999 N 46-З "О здравоохранении в Тамбовской области".

На региональном уровне появились общие законы, являющиеся результатом критического переосмысления опыта действия первых актов, появлением новых институтов, пересмотром содержания действующих с учетом расширения и изменения предмета регулирования <1>. Примерами этой волны законов субъектов РФ можно считать Закон Мурманской области от 09.02.2005 N 593-01-ЗМО "О мерах по охране здоровья граждан Российской Федерации, проживающих на территории Мурманской области", Закон Республики Карелия от 06.06.2005 N 876-ЗРК "О некоторых вопросах деятельности государственной системы здравоохранения".

<1> Путило Н.В. [Законодательство субъектов Российской Федерации](#) о здравоохранении // Журнал российского права. 2002. N 2. С. 75 - 82.

2. [Частью 3 рассматриваемой статьи](#) закреплена коллизийная норма, устанавливающая правило поведения в случаях несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в актах иной отраслевой принадлежности, нормам комментируемого Закона.

Данная норма идентична по содержанию соответствующему правилу Жилищного [кодекса](#) РФ (ЖК РФ). Но в силу [ст. 5](#) ЖК РФ жилищное законодательство состоит из Кодекса, принятых в соответствии с Кодексом других федеральных законов, а также изданных в соответствии с ними указов Президента РФ, постановлений Правительства РФ, нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ, нормативных правовых актов органов местного самоуправления, следовательно, верховенство [ЖК](#) РФ распространяется на все акты.

В комментируемом Законе, как было показано выше, избрана иная модель, однако в силу требования о необходимости при подготовке акта добиваться соответствия его положений нормам Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" правило, закрепленное в [ч. 3 комментируемой статьи](#), следует трактовать широко. То есть нормам комментируемого [Закона](#) должны соответствовать все нормы, даже содержащиеся в актах иной отраслевой принадлежности в том случае, если они регулируют отношения по охране здоровья.

3. Акты органов местного самоуправления не названы рассматриваемой [статьей](#) в качестве отдельного источника законодательства об охране здоровья, однако органы местного самоуправления наделены правом издавать муниципальные правовые акты. Так, Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" ([ст. 43](#)) в системе муниципальных правовых актов выделяет нормативные и иные правовые акты представительного органа муниципального образования.

В то же время объем нормотворческих функций органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья чрезвычайно мал, поскольку собственные полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья носят скорее исполнительно-распорядительный (правоприменительный), нежели регулирующий характер. При определении соответствующих полномочий следует руководствоваться также принимаемыми на уровне субъектов РФ законами о наделении органов местного самоуправления отдельными полномочиями в сфере здравоохранения. В настоящее время в связи с новеллами Федерального [закона](#) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" более 10 субъектов РФ передали отдельные полномочия органам местного самоуправления. Примеры тому: Закон Амурской области от 13.10.2011 N 531-ОЗ "О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований области государственными полномочиями по организации оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания населению области бесплатной медицинской помощи", Закон Сахалинской области от 22.11.2011 N 115-ЗО "О наделении органов местного самоуправления государственными полномочиями Сахалинской области по организации оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи".

4. [Частью 5 комментируемой статьи](#) закреплён конституционный принцип приоритета норм международного права над нормами национального права.

Основой для развития законодательства об охране здоровья граждан являются предписания Конституции РФ и нормы международного права в соответствии с **ч. 4 ст. 15** Конституции. Следует отметить, что за последние 5 лет произошли существенные изменения в международном праве, позитивным образом влияющие на развитие как российского социального законодательства в целом, так и законодательства об охране здоровья. Векторы для дальнейшего совершенствования правового регулирования в сфере прав граждан РФ на здоровье содержатся в **Концепции** формирования правовых основ и механизмов реализации социального государства в странах Содружества <1>, Европейской социальной **хартии** и иных документах. Так, на двадцать шестом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ (Постановление от 18.11.2005 N 26-10) принят Модельный **закон** "О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах - участниках СНГ".

<1> Принята в г. Санкт-Петербурге 31.05.2007 Постановлением N 28-6 на 28-м пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ.

К числу глобальных актов ВОЗ, к которым Российская Федерация присоединилась в последние годы, можно назвать, например, Рамочную **конвенцию** ВОЗ по борьбе против табака, которая заключена в г. Женеве 21 мая 2003 г. (Федеральный **закон** от 24.04.2008 N 51-ФЗ "О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака").

Глава 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья

Комментарий к **статье 4**

Предложенные законодателем принципы охраны здоровья представляют собой сформулированные в его нормах основополагающие идеи, определяющие процессы формирования и реализации его на любом этапе. Фактически основные идеи находят воплощение в конкретных положениях **Закона**, что способствует их надлежащей реализации.

Предварительно следует сказать, что принципы охраны здоровья граждан содержала **ст. 2** Основ законодательства 1993 г. Однако закрепленные принципы в основном носили декларативный характер и не получали особого развития по тексту нормативного акта по сравнению со **ст. 4** Закона об охране здоровья, в котором принципы раскрываются и в большей степени детализируются. Кроме того, законодатель сформулировал совершенно новые принципы.

Следует учесть, что раскрытию смысла некоторых принципов посвящены отдельные статьи, а некоторые находят реализацию по тексту в содержании норм комментируемого **Закона**.

Итак, к основным принципам охраны здоровья отнесены:

соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

приоритет охраны здоровья детей;

социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

доступность и качество медицинской помощи;

недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

соблюдение врачебной тайны.

К совершенно новым из указанного перечня принципам охраны здоровья законодатель отнес приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; приоритет охраны здоровья детей (ст. 7); недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11); соблюдение врачебной тайны (ст. 13).

Представляется, что из списка дополнений принципиальное значение для эффективного обеспечения здоровья населения имеют принципы приоритета охраны здоровья детей и недопустимости отказа в оказании медицинской помощи.

Структурирование и расположение принципов в целом выдерживают логику нормативного материала, основой для формирования которого являются нормы-принципы Конституции РФ.

Не случайно, руководствуясь, наверное, конституционной нормой о высшей ценности человека, его прав и свобод и обязанностью его признания государством (ст. 2 Конституции РФ), на первое место законодатель поставил принцип соблюдения прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий. Как представляется, остальные принципы в некоторой степени развивают положения указанного принципа как главного, стержневого для всех основополагающих идей в сфере охраны здоровья граждан.

Конкретная детализация содержания принципов отражает и государственную политику в области медицины. Так, принцип приоритета профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан и при оказании медицинской помощи характеризует переход от системы здравоохранения, направленной преимущественно на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни, повышении функциональных возможностей организма и профилактике заболеваний.

В свою очередь, реализацию принципа социальной защищенности граждан закрепляет ст. 9 Закона об охране здоровья, в которой сформулированы конкретные мероприятия, гарантирующие социальные права граждан в случае утраты здоровья различной степени тяжести и последствий.

На этапе разработки Закона в литературе высказывалась справедливая критика в адрес законодателя, которая касалась основополагающих идей охраны здоровья граждан. В частности, правомерно указывалось на то, что в отличие от Основ законодательства 1993 г. в проекте Закона отсутствует принцип социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья, который при разработке соответствующих нормативных положений почему-то "выпал" из поля зрения законодателя. Впрочем, к отсутствующим принципам специалисты отнесли также принципы недопустимости отказа в оказании медицинской помощи при угрозе жизни человека, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и право на отказ от медицинского вмешательства, соблюдение врачебной тайны <1>.

<1> Каменская Н.А. Проблемы формирования общих принципов реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Медицинское право. 2011. N 4. С. 20 - 24.

Справедливости ради стоит отметить, что в принятой редакции Закона, указанные замечания отчасти учтены. В основные идеи охраны здоровья граждан включены социальная защищенность граждан, недопустимость отказа в медицинской помощи, соблюдение врачебной тайны.

При этом положительным, на наш взгляд, является также отказ законодателя от возведения в разряд принципа запретов на осуществление эвтаназии и клонирование человека, представляющих, по сути, требования к регулированию соответствующих общественных отношений.

Статья 5. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий

Комментарий к [статье 5](#)

Принцип соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий не является новым для отечественного медицинского права и был отражен в [Основах законодательства](#) 1993 г.

Как следует из комментируемой [статьи](#), мероприятия по охране здоровья проводятся на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. Как известно, согласно [п. 4 ст. 15](#) Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются в соответствии с Конституцией РФ составной частью ее правовой системы. Поэтому такая нормативная установка в целом соответствует положениям [Основного Закона](#) и в части приоритета норм международного права над внутренним законодательством.

В связи с этим базу для развития российского законодательства в этой сфере создают также указанные выше международные руководящие принципы прав человека. Однако такие принципы служат ориентиром для национальных правовых систем. Их реализация предполагает частичную имплементацию отдельных положений норм-принципов в национальное законодательство об охране здоровья граждан.

Попутно отметим, что изложенное означает, что государство обязуется выполнять требования ратифицированных международных документов, закрепляющих права человека в сфере здравоохранения.

Конвенции и рекомендации ВОЗ, а также международные договоры являются источниками российского законодательства о здравоохранении и обязательны для использования в практике национального законотворчества и правоприменительной деятельности.

Среди международных актов следует отметить Всеобщую декларацию прав человека ([ст. 25](#)) и Международный [пакт](#) об экономических, социальных и культурных правах.

Соблюдение прав граждан и предоставление им соответствующих гарантий в сфере здоровья обеспечиваются гражданам независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств. Данный составной элемент рассматриваемого принципа - прямое отражение конституционных положений о гарантиях равенства прав и свобод человека и гражданина, закрепленных в [ч. 2 ст. 19](#) Конституции РФ.

Однако этот постулат, отражаясь через призму практики нормотворчества, не всегда выдерживается в рассматриваемом контексте. Как полагает В.И. Крусс, "...все общеправовые, актуальные для всех основных прав и свобод формы, виды и способы нормативного опосредования возможностей практического правопользования могут устанавливаться и в связи со статусными особенностями лиц (правообладателей), и в силу иных конституционно значимых обстоятельств" <1>.

<1> Крусс В.И. Теория конституционного правопользования. М.: Норма, 2007.

В свою очередь, принцип равенства не препятствует законодателю при осуществлении правового регулирования трудовых отношений устанавливать различия в правовом статусе лиц, принадлежащих к разным по условиям и роду деятельности категориям, в том числе вводить особые правила, касающиеся условий замещения отдельных должностей и оснований освобождения от должности, если эти различия являются объективно оправданными, обоснованными и соответствуют конституционно значимым целям и требованиям <1>.

<1> Пресняков М.В. [Конституционная концепция принципа справедливости](#) / Под ред. Г.Н. Комковой. М.: ДМК Пресс, 2009.

Поэтому, опираясь на требования практического применения, обозначенный законодателем вектор равенства в обеспечении гарантий прав на охрану здоровья может иметь свою практическую реализацию не во всех случаях.

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья реализуется также гарантией со стороны государства от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Фактически чисто медицинская сторона данного аспекта в рамках рассматриваемой ситуации перетекает в плоскость определения социального статуса конкретного гражданина. Обеспечение гарантий в данной сфере является одним из ключевых направлений в деятельности демократического государства, где человек, его права и свободы являются высшей ценностью, а признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства (ст. 2 Конституции РФ).

Если обратиться к некоторым международным документам, то в них можно найти отражение социальной политики, обеспечивающей равные условия для реализации человеком своих возможностей, несмотря на известные клинические ограничения конкретного индивида.

Так, в [Уставе ВОЗ](#) в качестве принципа признано, что правительства несут ответственность за здоровье своих народов и эта ответственность требует проведения соответствующих мероприятий социального характера в области здравоохранения. При этом такие мероприятия направлены на реализацию каждым человеком наивысшего достижимого уровня психического и физического здоровья (ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

Представляется, что не стоит забывать и об обеспечении наилучшего, психологически комфортного состояния человека, достижение которого в немалой степени зависит от обеспечения реализации его возможностей и способностей в различных областях человеческой деятельности. Именно для достижения указанных целей государство обеспечивает гарантию от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Под дискриминацией традиционно понимается ущемление прав или обязанностей человека по какому-то определенному признаку. Несмотря на то что система ценностей и убеждений современного человека характеризуется открытостью, различные формы дискриминации остаются одной из самых актуальных проблем для мирового сообщества. В ряде случаев дискриминация может существовать де факто (неофициально), а в ряде случаев может быть закреплена законодательно.

Дискриминировать кого-либо - это лишить человека возможности использования в полном объеме своих политических, гражданских, экономических, социальных или культурных прав и свобод. Дискриминация противоречит базовому принципу прав человека: все люди равны в своем достоинстве и имеют право на одни и те же основные права.

Вообще термин "дискриминация" в российской нормотворческой практике нашел отражение в институтах охранительного порядка законодательства об административной и уголовной ответственности.

Правда, терминология диспозиции нормативных конструкций как Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ) (ст. 5.62), так и Уголовного кодекса РФ (УК РФ) (ст. 136) избегает упоминания дискриминации, т.е. нарушения прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от состояния его здоровья или наличия какого-либо заболевания. При этом на практике можно встретить различные формы дискриминации, так или иначе направленные на нарушение прав и свобод человека и гражданина, в том числе по причине наличия заболеваний.

Как правило, наличие у человека какого-либо заболевания связывается с его ограниченными возможностями. Термин "человек с ограниченными возможностями" может описывать самые различные состояния: ограниченные возможности могут быть физическими, интеллектуальными, сенсорными или психосоциальными, временными или постоянными и могут являться результатом болезни, травмы или наследственности. Люди с ограниченными возможностями имеют те же права человека, как и все остальные люди. Однако по ряду причин они часто сталкиваются с социальными, правовыми и практическими барьерами при требовании соблюдения их прав наравне с другими. Причиной этого являются неверное восприятие и отрицательные установки в отношении самих ограниченных возможностей <1>.

<1> http://www.eycb.coe.int/com/pasito/ru/chapter_5/3.html

Так, "дискриминация по признаку инвалидности" означает любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью или результатом которого является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной области. Она включает все формы дискриминации, в том числе отказ в разумном приспособлении.

Социальная модель инвалидности: должны быть устранены барьеры, созданные социальным и физическим окружением, препятствующие людям с ограниченными возможностями участвовать в жизни общества и осуществлять свои права. Сюда относятся укрепление положительных установок и изменение физических барьеров (например, здания с доступом для инвалидной коляски).

Прежде всего проблема борьбы с дискриминацией как социальным явлением воспринята на уровне международных документов. Всеобщая [декларация](#) прав человека <1>. Подтверждает принцип недопущения дискриминации и провозглашает, что все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах и что каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными в ней, без какого-либо различия, в том числе различия в отношении пола.

<1> Принята резолюцией N 34/180 Генеральной Ассамблеи от 18.12.1979.

Статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

Комментарий к [статье 6](#)

Принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи в системе основных, базовых начал охраны здоровья на уровне законодательства появился впервые, что составляет новацию медицинского права в обозначенной части. Фактически можно сказать, что закрепление приоритета интересов пациента в медицинской деятельности - результат эволюции конституционного права каждого на обеспечение государственных гарантий оказания необходимой медицинской помощи.

Необходимость особой правовой охраны интересов пациента зафиксирована в ряде деклараций и конвенций, принятых международными медицинскими ассоциациями. Это такие документы Всемирной организации здравоохранения, как Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г., Копенгагенская декларация 1994 г., документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975 г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г., Декларация об эвтаназии 1987 г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987 г., Хельсинкская декларация 1989 г., Декларация о проекте "Геном человека" 1992 г., Международный кодекс медицинской этики 1983 г., Заявление о торговле живыми органами 1985 г., Заявление о политике в области охраны здоровья детей 1987 г., Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов 1987 г., Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям 1992 г.) и т.д.

Особо следует выделить принятую в ноябре 1996 г. Советом Европы в Страсбурге [Конвенцию](#) о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины, которая провозглашает приоритет интересов отдельного человека над интересами общества и науки и требует от представителей медицинской профессии и социальных работников соблюдения профессиональных стандартов при проведении любого медицинского вмешательства, включая вмешательства, осуществляемые в исследовательских целях. [Статьи 5 - 9](#) Конвенции закрепляют право пациента на равноправное участие в лечебном процессе, осуществление медицинского вмешательства только с его информированного, осознанного и добровольного согласия <1>.

<1> Колоколов Г.Р. [Комментарий законодательства о медицинском обслуживании населения](#) // СПС.

Конкретные содержательные элементы принципа соблюдения приоритета прав пациента, как следует из представленных положений, сведены к следующему.

Во-первых, при оказании медицинской помощи должны соблюдаться этические и моральные нормы, а также уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации. Соблюдение моральных и этических норм со стороны медицинских работников проявляется в следовании ими неформальным профессиональным нормам. В частности, известен общий этический постулат "не навреди", который обеспечивает рациональный выбор средств лечения конкретного пациента. Свод профессиональных правил закрепляется в кодексах профессиональной этики, имеют необязательный характер, но добровольно принимаются к соблюдению медицинским сообществом.

Согласно [ст. 21](#) Конституции РФ достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Достоинство пациента унижают прежде всего ненадлежащее оказание медицинских услуг, ветхость материальной базы учреждений здравоохранения, невозможность получить медицинскую помощь в полном объеме без каких-либо условий даже человеку, который всю жизнь платил налоги <1>.

<1> Иоаниди Е.А., Ягодина А.Ю., Булавинов Е.А. [Инфекционная безопасность и права пациентов](#) // Медицинское право. 2009. N 2.

Во-вторых, медицинская помощь пациенту должна оказываться с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента.

Физическое состояние пациента может характеризоваться как удовлетворительным состоянием, так и крайне тяжелым. В первом случае, естественно, пациент может сам, например, передвигаться и отдавать отчет своим действиям, в другой ситуации положение пациента может характеризоваться маломобильностью или вообще нетранспортабельностью, когда требуется экстренное вмешательство со стороны медицинских работников. Отсюда и вытекают условия и порядок оказания медицинской помощи: на дому, амбулаторно или стационарно. Оказание помощи должно по возможности обеспечивать соблюдение культурных и религиозных традиций пациента.

В-третьих, при оказании медицинской помощи должен быть обеспечен надлежащий уход за пациентом. Право на уход обеспечивается со стороны не только администрации и персонала медицинских организаций, но и государства путем создания родственникам больных возможности осуществлять уход за больным. Такие гарантии носят социальный и материальный характер. Так, при необходимости осуществления ухода за больным членом семьи выплачивается пособие по временной нетрудоспособности (Федеральный [закон](#) от 29.12.2006 N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" <1>). В свою очередь, женщины во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска (Федеральный [закон](#) от 19.05.1995 N 81-ФЗ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей") <2>.

<1> СЗ РФ. 2007. N 1 (ч. I). Ст. 18.

<2> СЗ РФ. 1995. N 21. Ст. 1929.

В-четвертых, организация оказания медицинской помощи пациенту должна осуществляться с учетом рационального использования его времени. Данная гарантия обеспечивается путем установления режима работы организаций здравоохранения и конкретных медицинских специалистов. Кроме того, через создание сети электронной регистратуры пациенты могут оформить прием к врачу в свободное для пациентов время. Такие правила позволяют также избежать очередей на приеме и более эффективно распределить рабочее время медицинских работников с учетом установленного объема нагрузки на

медицинский персонал.

В-пятых, требования к проектированию и размещению медицинских организаций должны устанавливаться с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях. Общие требования к планировке и застройке установлены [ст. 12](#) Федерального закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

При планировке и застройке городских и сельских поселений должно предусматриваться создание благоприятных условий для жизни и здоровья населения путем комплексного благоустройства городских и сельских поселений и реализации иных мер по предупреждению и устранению вредного воздействия на человека факторов среды обитания. Кроме того, при разработке нормативов градостроительного проектирования, схем территориального планирования, генеральных планов городских и сельских поселений, проектов планировки общественных центров при проектировании, строительстве зданий и сооружений культурно-бытового назначения должны соблюдаться санитарные правила.

Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 08.04.2003 N 34 <1> введены в действие [СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03](#), которые, в частности, определяют, что медицинские учреждения (больницы, поликлиники) должны предусматривать палаты детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка; приемные фильтры и боксы; процедурные, манипуляционные, комнаты дневного пребывания, бесед с врачом, кормления детей.

<1> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 08.04.2003 N 34 "О введении в действие СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03" (ред. от 15.03.2010) // БНА ФОИВ. 2003. N 31.

В-шестых, при оказании медицинской помощи должны быть созданы условия, обеспечивающие 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.

Отчасти указанные гарантии реализуются через проектирование и размещение медицинских организаций, которые должны обеспечивать наличие помещений для встреч и общения с родственниками, транспортную доступность размещения медицинской организации и т.п.

Реализация принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи предполагает также активное взаимодействие органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов МСУ, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинских организаций в пределах своей компетенции с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Статья 7. Приоритет охраны здоровья детей

Комментарий к [статье 7](#)

Принцип "приоритет охраны здоровья детей" является новеллой законодательства об охране здоровья и одновременно показывает развитие конституционных постулатов, касающихся защиты детей.

Прежде всего в рамках раскрытия сущности России как социального государства предусматривается охрана труда и здоровья людей, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. При этом материнство и детство, семья находятся под защитой государства ([ст. 38](#) Конституции РФ). Следовательно, государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

Обеспечение интересов детей также находится в спектре государственной политики в здравоохранении. При отражении вопросов реализации приоритета права детей на охрану здоровья следует в первую очередь выделить международно-правовые акты, являющиеся, как известно, составной частью правовой системы Российской Федерации ([ч. 4 ст. 15](#) Конституции РФ).

Большое значение для охраны здоровья детей имеют международные акты в области прав человека. В частности, нормы Конвенции о правах ребенка <1>, действующей в нашей стране с 1990 г., основываясь на незыблемости права детей на особую заботу и помощь, на признании необходимости защиты и содействия семье, подписывают, что государства-участники:

<1> **Конвенция** о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989) // Сборник международных договоров СССР. 1993. Вып. XLVI.

обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка (**п. 2 ст. 6**);

признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья (**п. 1 ст. 24**);

принимают необходимые меры для: снижения уровней смертности младенцев и детской смертности; обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи; борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем среди прочего применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды; предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды; обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждения несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний; развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи (**п. 2 ст. 24**);

признают за каждым ребенком право пользоваться благами социального обеспечения, включая социальное страхование, и принимают необходимые меры для достижения полного осуществления этого права в соответствии с их национальным законодательством (**п. 1 ст. 26**);

признают право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития ребенка, принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей, в осуществлении этого права и в случае необходимости оказывают материальную помощь и поддерживают программы, особенно в отношении обеспечения питанием, одеждой и жильем (**ст. 27**) <1>.

<1> Колоколов Г.Р. **Защита прав пациентов**. М.: ГроссМедиа; РОСБУХ, 2009.

Отечественные нормативные акты в сфере обеспечения охраны здоровья ребенка определяют взаимодействие трех сфер деятельности: здравоохранения, обеспечения прав ребенка и политики как функции власти.

Основным документом о правах детей в России является Федеральный **закон** от 24.07.1998 N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" <1>, который определяет установление и соблюдение минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей, обеспечение прав детей на охрану здоровья, защиту прав детей на отдых и оздоровление, защиту ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью и развитию.

<1> СЗ РФ. 1998. N 31. Ст. 3802.

Статья 10 Закона предписывает органам власти различных уровней осуществлять в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения мероприятия по оказанию детям

бесплатной медицинской помощи, включающей профилактику заболеваний, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, санаторно-курортное лечение детей.

Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности. Права ребенка также закреплены в [ГК РФ](#) и Семейном [кодексе РФ](#) (СК РФ).

В области охраны здоровья для несовершеннолетних предусмотрен ряд особых прав:

диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Минздравсоцразвития России, министерствами здравоохранения республик в составе РФ, медико-социальная помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством РФ, за счет средств бюджетов всех уровней;

санитарно-гигиеническое образование, право на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

бесплатная медицинская консультация за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной форме <1>.

<1> Колоколов Г.Р. [Указ. соч.](#)

Эти, а также некоторые другие права детей нашли закрепление в положениях комментируемого Закона ([ст. 54](#)).

В ряде программных документов особое внимание законодатель уделяет вопросам охраны детства, неотъемлемой частью которой становится забота о здоровье подрастающего поколения. Приоритетные направления государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации, в том числе в части охраны и укрепления состояния здоровья детей, отражены в [Федеральной целевой программе "Дети России"](#) на 2007 - 2010 годы <1>.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 21.03.2007 N 172 "О Федеральной целевой программе "Дети России" на 2007 - 2010 годы" // СЗ РФ. 2007. N 14. Ст. 1688.

Данная Федеральная целевая программа включает [подпрограмму](#) "Здоровое поколение" ([распоряжение](#) Правительства РФ от 26.01.2007 N 79-р) <1>, целями которой являются сохранение, восстановление и укрепление здоровья детей и подростков, а также привитие навыков здорового образа жизни.

<1> СЗ РФ. 2007. N 6. Ст. 787.

Для достижения указанных целей необходимо решить следующие задачи:

обеспечение безопасного материнства, создание условий для рождения здоровых детей;

внедрение высокотехнологичных методов диагностики и профилактики наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у детей;

охрана здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного;

пропаганда здорового образа жизни;

профилактика заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте;

улучшение здоровья детей и подростков, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, обеспечение детей, проживающих в отдаленных поселениях, квалифицированной диагностической и лечебной помощью.

Реализация мероприятий подпрограммы предполагала к 2011 г. продолжить совершенствование государственной поддержки службы материнства и детства, повысить доступность и качество медицинской помощи женщинам и детям, добиться улучшения следующих показателей:

снижение уровня младенческой смертности до 9,3 промилле на 1000 родившихся живыми;

снижение уровня материнской смертности до 21 на 100 тыс. родившихся живыми;

снижение уровня смертности детей в возрасте от 0 до 4 лет (включительно) до 10,9 на 1000 новорожденных соответствующего года рождения;

увеличение доли детей I группы здоровья до 37,5% общего количества детей;

снижение показателя первичного выхода на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет (включительно) до 21,4 на 10 тыс. детей.

Снижения затрат федерального бюджета предполагалось достигнуть за счет снижения инвалидности детей в результате скрининга новорожденных, улучшения состояния здоровья детей, в частности:

предотвращения получения детьми инвалидности;

снижения заболеваемости детей инфекционными болезнями и болезнями эндокринной системы;

уменьшения числа детей школьного возраста, переходящих в III группу здоровья из II группы;

увеличения числа детей школьного возраста, переходящих в I группу здоровья из II группы.

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.

На уровне главы государства выделены основные приоритеты государственной политики в области охраны детства. В своем [Послании](#) <1> Федеральному Собранию РФ Президент России назвал здоровье одной из основных ценностей нашего государства. Провозглашение 2008 г. Годом семьи стало началом комплексной работы государства по формированию новой семейной политики. Большое внимание стало уделяться мероприятиям по формированию мотивации для ведения здорового образа жизни, сохранению, укреплению и восстановлению здоровья детей.

<1> [Послание](#) Президента РФ Федеральному Собранию от 05.11.2008 // Российская газета. 2008. N 230.

Долгосрочные перспективы развития государства предусматривают реализацию конкретных приоритетных направлений в сфере охраны здоровья детей.

В **Концепции** демографической политики России на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 <1>, отмечается, что одной из главных задач являются сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, а также создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни.

<1> СЗ РФ. 2007. N 42. Ст. 5009.

В качестве основных направлений оказания детям бесплатной медицинской помощи названы:

профилактика заболеваний;

медицинская диагностика заболеваний;

лечебно-оздоровительная работа, в том числе диспансерное наблюдение;

медицинская реабилитация детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями;

санаторно-курортное лечение детей.

В последнее время в основу государственной политики положена система раннего выявления нарушений здоровья и развития детей.

Начальным, основным, этапом в рамках обеспечения права детей на медицинскую помощь в рамках реализации приоритетной охраны здоровья детей является амбулаторно-поликлиническая помощь, важное значение которой было признано со стороны органов управления здравоохранением еще в конце 1990-х годов.

В этой связи следует выделить Приказ Минздрава России от 05.05.1999 N 154 <1>, который в рамках совершенствования системы оказания медицинской помощи детям утвердил **Инструкцию** об организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста.

<1> **Приказ** Минздрава России от 05.05.1999 N 154 "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста" // Здравоохранение. 1999. N 7.

Амбулаторно-поликлинические и больничные учреждения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения предоставляют детям различные виды необходимой медицинской помощи:

первичную медико-санитарную помощь (т.е. лечение наиболее распространенных болезней, проведение профилактических прививок, осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей и лиц с хроническими заболеваниями);

неотложную медицинскую помощь (при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства);

скорую медицинскую помощь (в том числе безотлагательную помощь при несчастных случаях, травмах, отравлениях, а также при других состояниях и заболеваниях, требующих срочного медицинского вмешательства) <1>.

<1> Кузнецова О.В. **Комментарий** к Федеральному закону от 24.07.1998 N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (постатейный) // СПС.

Кроме того, Приказом Минздравсоцразвития России от 03.03.2011 N 162н <1> определен **порядок**

проведения медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 03.03.2011 N 162н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" // Российская газета. 2011. N 84.

Профилактическое направление медицины включает принятие мер по таким основным направлениям, как:

- 1) укрепление материально-технической базы родильных учреждений;
- 2) регулярное проведение вакцинации детей;
- 3) раннее выявление у подростков задержки полового созревания;
- 4) правильно организованное и рациональное питание грудных детей, а также детей в детских дошкольных учреждениях и в школах.

В сфере обеспечения прав детей на охрану здоровья в рамках профилактических мероприятий можно выделить также иммунопрофилактику. [Закон](#) об иммунопрофилактике является продолжением мероприятий по охране детства, закрепленных в положениях [Конституции](#) РФ, и развивает нормы [Закона](#) об основных гарантиях прав ребенка, в котором охрана здоровья детей зафиксирована в качестве одного из основных компонентов государственной политики в интересах детей.

В целом практика реализации программ различного уровня будет способствовать решению стратегических государственных задач по снижению роста заболеваемости и смертности, улучшению демографической ситуации в ближайшей перспективе.

Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Комментарий к [статье 8](#)

Право граждан на медицинскую помощь относится к категории основных прав человека, закрепляется и гарантируется международными актами различного уровня (универсальными, региональными, двусторонними, общими и специальными). Международные нормы устанавливают базовые положения относительно случаев обеспечения, объемов и сроков предоставления медицинской помощи, а также построения самой системы медицинского обслуживания. При этом они не только провозглашают право граждан на медицинскую помощь, но и конкретизируют и уточняют его. Тем самым обеспечивается установление единообразных для всех государств стандартов медицинского обеспечения, не допускающих постановку реализации этого права полностью в зависимость от рыночных механизмов, а также поддерживающих объем и качество медицинской помощи на определенном уровне.

[Конституция](#) РФ провозгласила право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В соответствии с положениями [ст. 41](#) Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. [Часть 2 этой статьи](#) гласит: "В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию".

По смыслу указанной [статьи](#) каждому обеспечиваются два самостоятельных права: право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь. Поскольку право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь тесно связаны, необходимо определить содержание каждого из понятий.

Прежде всего следует отметить, что нормативные акты международного характера не содержат легальных определений данных понятий. Понятия "охрана здоровья" и "медицинская помощь" закреплены в [ст. 2](#) комментируемого Закона.

Под охраной здоровья понимается система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Право на охрану здоровья - это субъективное право граждан, обеспечиваемое охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

В [Приказе](#) Минздрава России от 10.04.2001 N 113 <1> под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение и другие действия, направленные на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

<1> См.: [Приказ](#) Минздрава России от 10.04.2001 N 113 "О введении в действие отраслевого классификатора "Простые медицинские услуги" // СПС.

В целом относительно медицинской помощи необходимо отметить, что это помощь, оказываемая врачами в рамках своей профессиональной деятельности. По мнению З.В. Каменевой, медицинскую помощь следует определять как деятельность медицинского учреждения (медицинского работника) по оказанию услуг в целях сохранения, укрепления, предупреждения, лечения либо восстановления физического и психического здоровья человека, регулирования, управления и конструирования жизнедеятельности человеческого организма с использованием всех дозволенных методов и технологий <1>. Основанием для реализации права на медицинскую помощь, как правило, является состояние болезни. Однако, как уже было указано, медицинская помощь может предоставляться и в профилактических целях.

<1> Каменева З.В. [Понятие и содержание права граждан](#) на медицинскую помощь // Адвокат. 2004. N 7. С. 89.

Таким образом, право на медицинскую помощь - это возможность субъекта прибегнуть к услугам социальных служб здравоохранения в случае болезни или в иных случаях для оказания необходимой медицинской помощи.

Существенной особенностью медицинской помощи как вида социального обеспечения является ее предоставление в натуральной форме. "В отличие от пенсий и пособий, которые предоставляются гражданам в денежной форме, социальное обслуживание или услуги (в том числе медицинские) оказываются в натуральном виде" <1>. Кроме того, медицинская помощь распространяется на все категории граждан, а не только на лиц, обладающих особым статусом: инвалидов, ветеранов и т.п., как в других видах социального обеспечения. Таким образом, правом на медицинскую помощь обладают все граждане.

<1> Иосифиди Д.Г. Право социального обеспечения РФ. М., 2003. С. 420.

Право на медицинскую помощь относится к праву на охрану здоровья как его часть и одновременно

обеспечивает его, служит одной из его гарантий. Это следует из положений [ст. 18](#) рассматриваемого Закона, где также гарантируется право граждан на охрану здоровья. В данной статье среди прочих гарантий права на охрану здоровья указывается и предоставление населению доступной и качественной медицинской помощи. "Система медицинской помощи, следовательно, лишь часть общей системы охраны здоровья населения" <1>.

<1> Захаров М., Тучкова Э. Право социального обеспечения. М., 2004. С. 494.

В самом праве на здоровье, по мнению Б. Тобеса, можно выделить две группы элементов: 1) посвященных охране здоровья; и 2) основные предпосылки здоровья. При этом медицинскую помощь он относит к элементам первой группы наряду с профилактической охраной здоровья, первичной охраной здоровья, охраной здоровья детей, медицинской помощью в до- и послеродовой периоды, службой планирования семьи и охраной психического здоровья. К основным же предпосылкам здоровья, таким образом, относятся чистая питьевая вода, удовлетворительные санитарные условия, удовлетворительное питание, здоровая окружающая среда, борьба с профессиональными заболеваниями, профилактическая и консультационная информация, упразднение вредных обычаев <1>.

<1> Тобес Б. Право на здоровье: теория и практика. М., 2001. С. 221.

Таким образом, нетрудно заметить, что право на охрану здоровья включает как меры, необходимые для профилактики болезней (предпосылки здоровья), так и врачебную медицинскую помощь, оказываемую при наступлении болезни. Однако, как указывалось выше, медицинская помощь может оказываться и в профилактических целях, т.е. также служить мерой, направленной на предотвращение болезней. Тем не менее основным направлением медицинской помощи по-прежнему остается лечение, а не профилактика болезней. Поэтому следует согласиться с Б. Тобесом в том, что "понятие охраны здоровья шире понятия медицинской помощи, поскольку оно включает в себя профилактическую медицинскую помощь" <1>.

<1> Тобес Б. Указ. соч. С. 223.

Право на медицинскую помощь относится к группе социальных, экономических и культурных прав. Ученые-правоведы (М.В. Баглай, Н.В. Харламова и др.) единодушно относят эти права к правам второго поколения. Это связано с рядом причин. Во-первых, как правило, данные права в текстах основных законов недостаточно конкретизированы. Требуется их детализация и уточнение в других нормативных правовых актах. Во-вторых, данные права в отличие от гражданских и политических прав и свобод предполагают возложение положительных, а не отрицательных обязательств на государство, т.е. принятия активных мер с его стороны, в результате чего субъект права становится зависимым в определенной мере от осуществления государством таких мер. Такие права выступают неким стандартом, к достижению которого должны стремиться государства, поскольку их осуществление во многом зависит от экономического уровня развития страны.

В связи с этим значительно различается качество медицинского обслуживания в разных странах. Положение осложняется еще и тем, что понятие здоровья имеет условный характер. Трудно определить с точностью все критерии здорового человека. Самым удачным считается определение здоровья, предложенное ВОЗ. В [преамбуле](#) Устава ВОЗ здоровье определяется как "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов" <1>.

<1> [Устав](#) (Конституция) Всемирной организации здравоохранения от 22.07.1946 // СПС.

Такой набор компонентов здоровья сложно обеспечить, поэтому обязанностью государств является

стремление к его обеспечению, а значит, нет жестких требований при установлении права на здоровье. Минимальный стандарт здоровья, который в состоянии обеспечить государство, закрепляется на нормативном уровне. В Российской Федерации он содержится в [Программе](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год <1>. Таким образом, обязательный объем бесплатной медицинской помощи рассчитывается исходя из определенного стандарта здоровья, взятого за основу в конкретном государстве.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 21.11.2011 N 856 // СЗ РФ. 2011. N 44. Ст. 6270.

В отличие от гарантий права на охрану здоровья гарантии права граждан на медицинскую помощь в нормативных актах специально не закрепляются. Тем не менее, руководствуясь общим понятием о гарантиях (гарантии как система условий, предпосылок, средств, создающих возможности для осуществления прав личности), можно выделить несколько групп таких условий и средств (гарантий): правовые; организационные; экономические.

К первой группе (правовые гарантии) относятся те из них, которые используют для реализации и защиты права юридические механизмы. В данном случае важную роль играет возможность обращения граждан в суд для привлечения к ответственности медицинских работников вследствие оказания им ненадлежащей медицинской помощи. При этом законодательно устанавливаются различные виды ответственности медицинских работников: уголовная, административная, гражданско-правовая.

К правовым гарантиям также относится само закрепление указанного права в тексте нормативно-правовых актов, в связи с чем у государства возникает обязанность по его уважению, соблюдению и защите. К таким актам прежде всего относятся [Конституция](#) РФ, комментируемый [Закон](#), а также [Программа](#) государственных гарантий. В ней утверждаются нормативы (количественные и качественные) при предоставлении медицинской помощи. Программа содержит гарантии относительно объемов, видов и качества медицинской помощи, оказываемой гражданам бесплатно. Тем самым конкретизируется (описывается) право на медицинскую помощь, обязанность по обеспечению которого лежит на государстве.

К организационным гарантиям рассматриваемого права следует отнести такие, которые связаны с построением и функционированием системы здравоохранения. Чтобы обеспечить реализацию права граждан на медицинскую помощь, требуется создание разветвленных систем медицинских учреждений. В соответствии с [п. 2 ст. 41 Конституции](#) РФ в Российской Федерации принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Основной из таких систем является государственное здравоохранение, в задачи которого входит обеспечение гражданам минимума необходимых медицинских услуг. При этом государство обеспечивает доступность такого обслуживания как важнейшего вида социального обеспечения.

Именно в рамках государственной системы здравоохранения медицинская помощь реализуется как вид социального обеспечения. Частные же медицинские организации предоставляют дополнительные медицинские услуги, медицинские услуги более высокого качества. Для обеспечения деятельности государственной системы здравоохранения действует система обязательного медицинского страхования.

К экономическим гарантиям права на медицинскую помощь относятся гарантии, связанные с финансированием здравоохранения и обеспечивающие бесплатность медицинского обслуживания для населения. Как было указано, в соответствии с [Конституцией](#) РФ в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно <1>.

<1> В связи с этим может возникнуть вопрос, вправе ли государственные и медицинские учреждения оказывать медицинские услуги. Так, в Верховный Суд РФ обратился гражданин Фурлюк М.Ю. с требованием об отмене [Постановления](#) Правительства РФ от 13.01.1996 N 27 "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями", предоставившего соответствующее право государственным и муниципальным медицинским учреждениям. По мнению Фурлюка М.Ю., оно нарушает [ст. 41 Конституции](#) РФ о бесплатном предоставлении медицинской помощи

в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Верховный Суд принял [решение](#) от 18.04.2002 N ГКПИ2002-364, в котором признал вышеуказанное [Постановление](#) Правительства РФ не противоречащим [Конституции](#) РФ, поскольку Постановление определяет порядок предоставления дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи медицинских услуг // СПС.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" застрахованным лицам гарантируется оказание бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой [программы](#) обязательного медицинского страхования, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 <1>.

<1> [Программа](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (утверждена Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856) // СПС.

Застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, а также на территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Статья 9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 9](#)

Комментируемая [статья](#) раскрывает содержание принципа ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Данный принцип в числе основных идей нашел впервые отражение в [Основах законодательства](#) 1993 г., в рамках рассматриваемой [статьи](#) получает развернутое содержание.

Следует заметить, что смысловая нагрузка названия самой [статьи](#) (формулировки принципа), несколько уже ее содержательной текстуальной части. Речь идет в данном случае о [ч. 1 комментируемой статьи](#), определяющей обязанность взаимодействия органов государственной власти и органов местного самоуправления, медицинских организаций и иных организаций в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

В общем данное положение отражает, по сути, перспективную ответственность уполномоченных в сфере такого взаимодействия субъектов, поскольку направлено на должное их поведение в рамках исполнения отдельных обязанностей в сфере здравоохранения, которые способствуют в дальнейшем надлежащей реализации прав граждан на охрану их здоровья. В качестве примера такого взаимодействия можно привести ведение персонифицированного учета данных о пациентах, предоставление статистической отчетности по установленной форме, выполнение со стороны медицинских организаций минимальных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи и т.п.

[Часть 2 комментируемой статьи](#) непосредственно касается вопросов определения ответственности. Следует учесть, что норма имеет бланкетную конструкцию и предлагает конкретные виды и формы ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья определять в соответствии с действующим законодательством.

Органы государственной власти формируются на уровне Российской Федерации и субъектов РФ в порядке, установленном [Конституцией](#) РФ, конституциями и уставами субъектов РФ. Органы местного

самоуправления формируются на основании Конституции РФ в порядке, установленном Федеральным **законом** "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".

Ответственность - это обязанность отвечать за свои поступки и действия. Отсылочное регулирование правовой ответственности в социальном и медицинском законодательстве (законодательстве о здравоохранении) является довольно распространенным приемом законодателя. При этом нормы о юридической ответственности представляют собой типовую информацию, дублируемую в нормах большинства законов медицинского законодательства.

Положения об ответственности предусмотрены **ст. 16** Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", **ст. 16** Закона РФ "О донорстве крови и ее компонентов", **ст. 50** Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", **гл. VII** Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" и т.п.

Конкретные статьи содержат оговорку об ответственности за нарушения в соответствии с законодательством либо как в случае с комментируемым **Законом** указанием на виды юридической ответственности.

Некоторые виды отраслевой ответственности предстоит разработать и закрепить в нормах охранительно-деликтного законодательства.

В сфере охраны здоровья граждан установлены различные виды ответственности, в том числе административная, уголовная, гражданско-правовая и дисциплинарная (более подробно об ответственности см. **комментарий к ст. 98** Закона).

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Комментарий к **статье 10**

Применительно к категории "доступность" следует указать, что и международное право, и российское законодательство исходят из признания того, что существуют отдельные группы населения, которым нельзя отказать в пользовании определенными услугами, более того, задача государств - обеспечить обязательный доступ к ним.

Так, Конвенция о правах ребенка (Нью-Йорк, 20.11.1989) закрепляет обязанность государства стремиться обеспечить доступность для каждого ребенка услуг системы здравоохранения (**ст. 24**).

Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины (принята Комитетом министров Совета Европы 19.11.1996) ETS N 164 в **ст. 3** обязывает государства с учетом потребности в охране здоровья и имеющихся ресурсов предпринять меры с целью обеспечить справедливый доступ к услугам по охране здоровья надлежащего качества. Хартия социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утверждена Межпарламентской Ассамблеей государств - участников Содружества Независимых Государств 29.10.1994) в **ст. 40** предписывает государствам гарантировать социально незащищенным категориям граждан (пенсионеры, инвалиды, дети-инвалиды) осуществление мер, необходимых для беспрепятственного доступа к медицинской реабилитации.

Как справедливо отмечают некоторые исследователи, из контекста норм **ст. 19** Конституции РФ следует, что гарантируемые блага должны быть доступными для всех граждан в равной степени независимо от места жительства, социального статуса, имущественного положения <1>.

<1> Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. С. 77.

Комментируемая **статья** имеет целью закрепление положений, гарантирующих (обеспечивающих) доступность и качество медицинской помощи. Ранее в **Основах законодательства** 1993 г. также существовали гарантии доступности, но они касались отдельных видов медицинской помощи (медико-социальной помощи, первичной медико-санитарной помощи).

Сегодня принцип доступности и качества для граждан медицинской помощи отражен в Федеральном законе "Об обязательном страховании в Российской Федерации". В Федеральном законе "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" закреплены государственные гарантии профилактических прививок, включая бесплатность профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения.

Рассматриваемой **статьей** предпринята попытка охарактеризовать систему средств обеспечения доступности и качества медицинской помощи, что позволяет уйти от имевшейся ранее декларативности норм, касающихся обеспечения доступности и качества услуг.

Характеристика доступности медицинских услуг складывается из того, насколько те или иные виды услуг достигаемы для разных групп (страт, слоев) общества и для отдельного гражданина.

Можно выделить несколько уровней доступности.

1. Географическая доступность обозначает, что каждый человек может обратиться к врачу в пределах границ своего населенного пункта либо в течение разумного времени передвижения до медицинского учреждения с учетом доступных транспортных средств. Во многих нормативных актах речь идет именно о транспортной доступности, хотя, по нашему мнению, транспортная доступность - понятие более узкое, чем географическая доступность. Особенности территории РФ таковы, что санитарная авиация - подчас единственная надежда жителей отдаленных местностей (или мегаполисов с затрудненным движением) получить скорую медицинскую помощь.

Распоряжением Правительства РФ от 19.10.1999 N 1683-р субъектам РФ рекомендовано использовать при развитии социальной инфраструктуры **методику** определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры. Данные методические рекомендации исходят из признания несоответствия существующей сети учреждений социально-культурной сферы и объема оказываемых ими услуг потребностям населения, а также сокращения числа учреждений социально-культурной сферы.

Методика определения нормативной потребности субъектов РФ в объектах здравоохранения в отличие от аналогичной **методики** в области образования не устанавливает параметров географической доступности (например, радиус обслуживания дошкольных учреждений составляет от 300 м в городе до 500 м в сельской области, для иных учреждений образования в расчет берется соотношение между числом обучающихся и численностью жителей). Исходя из уровней обслуживания, где за единицу отсчета принимается отделение на 25 коек для стационара или врачебную должность для амбулатории, а также иерархичности и ступенчатости оказания медицинской помощи **Методика** помогает рассчитать потребность в госпитализации, но не доступность медицинской помощи.

Регламентация услуг скорой медицинской помощи избежала подобного недостатка. Согласно **Приказу** Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 N 179 "Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи" станция скорой медицинской помощи создается в городах с населением свыше 50 тыс. человек как самостоятельное круглосуточное лечебно-профилактическое учреждение; в городах с населением более 100 тыс. человек организуются подстанции скорой медицинской помощи как структурное подразделение станций.

Подстанции скорой медицинской помощи организуются с расчетом 20-минутной транспортной доступности. Зоны обслуживания подстанций устанавливаются с учетом численности, плотности, особенностей застройки, насыщенности района промышленными предприятиями, состояния транспортных магистралей, интенсивности движения. В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. в составе городских, центральных районных и других больниц могут организовываться отделения скорой медицинской помощи, являющиеся структурными подразделениями.

2. Экономическую доступность следует понимать в двух аспектах. Первый - в условиях гарантий права граждан на бесплатную медицинскую помощь (включая лекарственное обеспечение при стационарном лечении) должно быть исключено взимание иной платы с пациента, поскольку при обязательности оплаты сопутствующих медицинской помощи услуг теряется бесплатный характер медицинской помощи. Второй - предполагается, что любой человек помимо получения бесплатных

медицинских услуг может оплатить необходимое ему иное лечение и приобретение лекарств, а те, у которых нет достаточных средств, получают необходимую материальную поддержку от государства.

В последнем случае используется механизм льгот, при котором законодателем определяются наиболее уязвимые категории населения (например, дети до 3 лет жизни, инвалиды, лица, страдающие особыми заболеваниями, лица, пострадавшие от аварии на Чернобыльской АЭС и т.д.), и для них устанавливается особый режим оплаты медицинской помощи или лекарственного обеспечения (полностью бесплатный или частично оплачиваемый).

Финансовые гарантии экономической доступности в настоящее время состоят в наличии системы обязательного медицинского страхования наряду с государственным финансированием здравоохранения.

3. Культурная доступность услуг системы здравоохранения означает, что политика в области здравоохранения должна проводиться таким образом, чтобы уважались культурные традиции людей, особенности социального статуса той или иной группы граждан.

Не секрет, что организация медицинской помощи лицам без определенного места жительства имеет отличия от организации медицинской помощи работающим гражданам.

В отдельных случаях необходима целенаправленная деятельность государственных органов по изменению сложившихся стереотипов, негативно сказывающихся на здоровье граждан. О том, как взаимосвязаны культурный уровень каждого гражданина в отдельности и всего общества в целом, может свидетельствовать ситуация с психологическими услугами. По мнению специалистов, потребность населения в психологических услугах близка к 100%. Но рынок психологических услуг пока не сформирован. Одна из причин - негативное отношение в обществе к подобного рода услугам, воспользоваться которыми до сих пор "стыдно".

Оказание медицинских услуг - двусторонний процесс, и пациент нередко в силу своего культурного уровня оказывает как негативное, так и позитивное влияние (давление) на врача в выборе методов лечения, диагностических процедур и лекарств. Подобное явление является следствием как повышения уровня знаний пациента о методах лечения (здесь мы должны благодарить информационные технологии и рекламу), так и низкой квалификации врачей, когда пациент знает о новых препаратах и методах лечения подчас больше, чем сам медицинский работник.

4. Организационно-правовые гарантии доступности медицинской помощи, названные в рассматриваемой [статье](#): наличие необходимого количества медицинских работников и уровень их квалификации; возможность выбора медицинской организации и врача в соответствии с комментируемым Законом; применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; предоставление медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с [Программой](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Так, согласно [Постановлению](#) Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год" территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, а доступность медицинской помощи помимо указанного выше рассчитывается на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с [Программой](#), а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. Согласно Программе судить о доступности и качестве медицинской помощи для населения можно на основе анализа множества данных. Среди них: удовлетворенность населения медицинской помощью; число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом; число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами; смертность населения; охват населения профилактическими осмотрами; эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и др.), в том числе обеспеченность населения врачами.

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

Комментарий к [статье 11](#)

Следует напомнить, что легальное закрепление принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи получил впервые в комментируемом [Законе](#).

Исходя из конструкции рассматриваемой [статьи](#) положения данного принципа раскрываются в двух взаимосвязанных аспектах, что обеспечивает полноту реализации гражданами предоставленной им социальной гарантии.

Фактически принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи развивает известные конституционные положения, гарантирующие право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, в том числе на бесплатной основе ([ч. 1 ст. 41 Конституции РФ](#)).

Поэтому не случайно в качестве основания для бесплатного оказания медицинской помощи граждан принимаются программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Как известно, программы государственных гарантий принимаются ежегодно Правительством РФ на очередной календарный год.

Так, Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 <1> принята [Программа](#) государственных гарантий на 2012 год. Она определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории РФ бесплатно.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год" // СЗ РФ. 2011. N 44. Ст. 6270.

Исходя из бесплатности медицинской помощи, оказываемой в рамках [Программы](#), вполне естественно, что взимание платы за ее оказание не допускается. Данный запрет в полной мере распространяется на медицинских работников, равно как и на саму медицинскую организацию, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Вместе с тем, несмотря на минимальные гарантии, установленные в рамках [Программы](#), медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и также бесплатно.

Экстренная медицинская помощь - это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента ([ч. 4 ст. 32](#) комментируемого Закона). Такая помощь оказывается вне зависимости от наличия у пациента страхового полиса, поскольку она финансируется за счет государственного бюджета. Поэтому отказ от оказания этой помощи является явным нарушением [Закона](#).

Безотлагательная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, а также осуществляется на базе системы организации скорой медицинской помощи (СМП).

СМП - система организации круглосуточной экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях на месте происшествия и в пути следования в лечебно-профилактические учреждения. Основная особенность СМП, отличающая ее от других видов медицинской помощи, - быстрота действия <1>.

<1> Мохов А.А. Особенности оказания экстренной и неотложной помощи в России // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. N 9.

Усиливает положения содержательной части рассматриваемого принципа и его реальное

исполнение угроза наступления юридической ответственности лиц, виновных в его нарушении. Поэтому как в первом, так и во втором случае **Закон** запрещает отказ в ее оказании под страхом применения наказания к лицам, допустившим такой отказ. В данном случае наступают уголовно-правовые последствия допущенного бездействия со стороны лица, обязанного оказывать медицинскую помощь. В частности, виновное лицо может преследоваться по **ст. 124** "Неоказание помощи больному" УК РФ.

Объективная сторона преступления выражена в том, что виновный не выполняет необходимых действий, которые он обязан совершить для лечения больного или спасения жизни, или выполняет недобросовестно, несвоевременно. Например, не оказывает первую медицинскую помощь на месте происшествия, не применяет лекарство, которое у него есть и которое должен применить в конкретных условиях, не делает пострадавшему необходимое искусственное дыхание, отказывается выехать к потерпевшему на дом по вызову, не осматривает больного в связи с отсутствием у него страхового полиса, не направляет тяжелобольного (или отказывает в его приеме) в лечебное учреждение и т.д. <1>.

<1> **Комментарий** к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Ю.В. Грачева, Л.Д. Ермакова, Г.А. Есаков и др.; отв. ред. А.И. Рарог. 7-е изд., перераб. и доп. М.: Проспект, 2011.

Обязательным условием ответственности за неоказание помощи является отсутствие уважительных причин для этого, которые могут быть субъективными и объективными, - болезнь лица, обязанного оказывать помощь, его некомпетентность в конкретной ситуации, непреодолимая сила, крайняя необходимость, первоочередность оказания помощи более тяжелому больному, отсутствие транспорта, лекарства, медицинских инструментов и др.

Субъект преступления специальный - лицо, которое обязано оказывать помощь больному в соответствии с законом или со специальным правилом. Таковыми могут быть врачи, медсестры, няни-сиделки, работники милиции, обязанные принимать меры к вызову врача, руководители туристических групп и др.

Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Комментарий к **статье 12**

Данная **статья** раскрывает содержание принципа приоритета профилактики в сфере охраны здоровья. Основными направлениями реформы здравоохранения являются вопросы не только оптимизации управления, рационального использования ограниченных финансовых и материальных ресурсов, реструктуризации системы лечебно-профилактической помощи населению, но и правовой защиты пациентов.

Во всем мире при выборе форм и методов проводимых в здравоохранении преобразований исходят из потребностей населения в медицинской помощи, из экономических возможностей общества по удовлетворению этих потребностей. Долгое время считалось, что уровень медицинской помощи в стране тем выше, чем значительнее затраты на развитие здравоохранения. Данное положение в значительной степени утратило значение с начала 1960-х годов, и требовались новые подходы и концепции развития медицинской помощи. Среди таких новых концепций - два направления развития, на базе которых строилась современная система охраны здоровья в большинстве развитых стран.

Первая концепция (факторов риска) предполагает, что здоровье зависит не только от здравоохранения, но и от образа и условий жизни с их общественными и индивидуально-поведенческими особенностями, а также состояния окружающей среды. В дальнейшем это направление выросло в стратегию укрепления здоровья и профилактики болезней, которая во многих странах реализуется в виде рекомендованной ВОЗ программы "Здоровье для всех".

Вторая концепция была связана с необходимостью повышения эффективности служб здравоохранения, что соответствовало переходу от экстенсивного развития здравоохранения к интенсивному <1>.

<1> Колоколов Г.Р. [Комментарий](#) законодательства о медицинском обслуживании населения // СПС.

Как представляется, именно профилактика заболеваний и активная роль в них конкретного индивида являются одним из основных направлений концептуальной идеи развития здравоохранения в ближайшей перспективе. Такой стратегический ориентир в качестве новации нашел отражение также в [ст. 27](#) Закона, посвященной обязанностям граждан в сфере охраны здоровья, и развивает положения названного принципа.

Следует отметить, что этот принцип был закреплен в качестве одного из главных в Основах законодательства 1993 г. ([ст. 2](#)) и звучал как "приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан". В целом конструктивная часть названия данного принципа в комментируемом [Законе](#) изменилась незначительно и не меняет его смысловой нагрузки.

Как определялось, принципу приоритетности профилактических мер в области охраны здоровья граждан соответствуют такие из вышеперечисленных обязанностей, как предупреждение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьба с ними <1>.

<1> Путило Н.В. [Комментарий](#) к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (постатейный). М.: Юстицинформ, 2003.

Одним из принципиальных международных документов в рассматриваемой сфере является Европейская социальная [хартия](#) (Турин, 1961). Право на охрану здоровья в этой Хартии обозначено как право каждого человека на пользование всеми средствами, способствующими достижению им наилучшего возможного для него состояния здоровья ([п. 11 ч. 1](#)), и роль профилактических мероприятий в достижении конечного результата здесь достаточно велика.

Все же приоритеты указанного международного документа смещены в сторону активного участия человека в сохранении его здоровья и определенного содействия ему в этом со стороны государства. Следовательно, основной нормативный посыл сводится к ответственному поведению индивида, который несет полную ответственность за состояние своего здоровья.

Тем не менее роль публичных субъектов в решении этих вопросов не должна быть принижена, поскольку [ст. 11](#) Хартии требует от государства для обеспечения эффективной реализации права на охрану здоровья непосредственно либо в сотрудничестве с публичными и частными организациями осуществлять необходимые меры, направленные на ликвидацию, насколько это возможно, причины заболеваний; предотвращать по мере возможности эпидемии, иные болезни, а также несчастные случаи.

Российская правовая система, воспринимая эти постулаты, учитывает прежде всего публичные интересы в сфере обеспечения охраны здоровья граждан. Это, в свою очередь, является основанием активизации деятельности государства в рамках обеспечения профилактических мероприятий.

При определении перечня профилактических мероприятий законодатель опирался на определение профилактики, которое охватывает круг конкретных направлений, необходимых для решения профилактических задач.

Отметим еще раз, что профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих 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 ([ст. 2](#) Закона).

Итак, в целях реализации приоритета профилактики реализуются следующие профилактические направления.

1. Разработка и реализация 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.

Формирование здорового образа жизни - это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья; пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни; борьбу с факторами риска развития заболеваний; просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; предотвращение социально значимых заболеваний; увеличение продолжительности активной жизни.

На федеральном уровне одним из основных документов в рассматриваемой сфере является **Концепция** демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена Указом Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 <1>).

<1> **Указ** Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года" // СЗ РФ. 2007. N 42. Ст. 5009.

В качестве основных задач демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. **Концепция** предусматривает сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов.

Решение задач по укреплению здоровья населения, существенному снижению уровня социально значимых заболеваний <1>, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни включает:

<1> Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 N 280 утверждена Федеральная целевая **программа** "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)" (ред. от 06.04.2011).

формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения, привлечения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработку механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;

разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;

создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития.

Соответствующие мероприятия являются приоритетными для развития страны и ее будущего и реализуются, как правило, в соответствующих программах, принимаемых на региональном уровне. При этом предусматривается возможность субсидирования финансирования мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Основное условие для получения субсидии - наличие утвержденной уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ региональной программы по формированию здорового образа жизни <1>.

<1> **Постановление** Правительства РФ от 31.12.2010 N 1237 "О финансовом обеспечении

мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" // СЗ РФ. 2011. N 2. Ст. 398.

Программные документы соответствующего направления, как указано, принимаются на уровне субъектов РФ. Так, в частности, в Ульяновской области правительством утверждена комплексная программа "Формирование здорового образа жизни среди населения Ульяновской области на 2011 - 2013 годы" <1>.

<1> <http://www.ulgov.ru/society/zosh/>

Интересен нормотворческий опыт Кировской области, где реализация обозначенных мероприятий идет сразу же по нескольким предметным направлениям. Так, постановлением правительства Кировской области от 20.07.2010 N 59/327 <1> утверждена областная целевая программа "Комплексные меры противодействия немедицинскому потреблению наркотических средств и их незаконному обороту в Кировской области" на 2011 год.

<1> Постановление правительства Кировской области от 20.07.2010 N 59/327 "Об утверждении областной целевой программы "Комплексные меры противодействия немедицинскому потреблению наркотических средств и их незаконному обороту в Кировской области" на 2011 год" // <http://www.ako.kirov.ru>.

В рамках областной целевой программы:

приобретено оборудование для совершенствования процесса проведения лечебных мероприятий пациентам-наркоманам на базе областного государственного учреждения здравоохранения "Кировский областной наркологический диспансер";

созданы отдельные подразделения для лечения детей и подростков и наркоманов на базе областного государственного учреждения здравоохранения "Кировский областной наркологический диспансер";

приобретено лабораторное оборудование для обнаружения наркотиков в организме человека;

организована работа профильных смен для подростков с девиантным поведением во время школьных каникул в спортивных и военно-спортивных лагерях, лагерях труда и отдыха;

разработаны и изготовлены методические пособия, средства наглядной агитации по профилактике наркомании для образовательных учреждений области, проведен конкурс творческих работ старшеклассников, приобретен видеофильм по проблемам токсикомании и наркомании.

В свою очередь, в целях снижения употребления алкоголя и снижения алкогольной зависимости у населения Постановлением правительства Кировской области от 19.04.2011 N 100/133 <1> утверждена областная целевая программа "Снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактика алкоголизма среди населения Кировской области" на 2011 - 2013 гг.

<1> Постановление правительства Кировской области от 19.04.2011 N 100/133 "Об утверждении областной целевой программы "Снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактика алкоголизма среди населения Кировской области" на 2011 - 2013 годы" (ред. от 18.10.2011) // Кировская правда. 2011. N 50 - 51(24902).

Одним из инструментов реализации соответствующих программ являются центры здоровья для взрослого населения по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака, [Требования](#) к созданию и деятельности которых урегулированы Приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 597н <1>.

<1> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 597н "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (ред. от 26.09.2011) // Российская газета. 2009. N 183 (опубликован без приложений).

Центр здоровья является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) здравоохранения государственной и муниципальной систем здравоохранения и оснащается соответствующим оборудованием.

Структура центра здоровья утверждается руководителем ЛПУ, в составе которого организован центр здоровья. В структуру центра здоровья рекомендуется включать кабинеты врачей, прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике; кабинет медицинской профилактики; кабинет гигиениста стоматологического; офтальмологический кабинет; кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе; кабинеты инструментального и лабораторного обследования; кабинет (зал) лечебной физкультуры; школы здоровья.

Следует отметить также, что соответствующие программы разрабатываются и принимаются в сопредельных с Россией государствах в качестве общегосударственных (национальных). Так, в свое время Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 26.10.2001 N 1533 была одобрена Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002 - 2006 годы. В свою очередь, в Республике Казахстан принята программа Правительства от 30.06.1999 N 905 "Комплексная программа "Здоровый образ жизни", определяющая стратегические долгосрочные приоритеты страны в сфере охраны здоровья граждан на период до 2030 г.

2. Осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. В соответствии с Федеральным законом "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия - организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию (ст. 1).

Основное предназначение таких мер - обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду. В силу их важности и значимости для здоровья населения организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий являются частью социальной политики государства. Ввиду этого они подлежат включению в разрабатываемые федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Законодатель в **гл. IV** Закона устанавливает общий перечень профилактических мероприятий, к которым относятся:

- санитарная охрана территории РФ;
- ограничительные мероприятия (карантин);
- производственный контроль;
- меры в отношении больных инфекционными заболеваниями;
- медицинские осмотры;
- профилактические прививки;
- гигиеническое воспитание и обучение граждан.

Однако конкретные профилактические меры в зависимости от субъекта, их осуществляющего, весьма различны. Так, [Уставом](#) внутренней службы Вооруженных Сил Российской Федерации, утвержденным Указом Президента РФ от 10.11.2007 N 1495 <1>, в качестве санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий предусматриваются соблюдение правил личной и общественной гигиены, предохранительные прививки (плановые и по эпидемическим показаниям).

<1> [Указ](#) Президента РФ от 10.11.2007 N 1495 "Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил Российской Федерации" (ред. от 23.10.2008) // СЗ РФ. 2007. N 47 (ч. I). Ст. 5749.

3. Осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними.

Проведение указанных мероприятий является важной составляющей гарантии сохранения здоровья как отдельного индивида, так и населения определенной территории или даже целой страны. Ранняя диагностика соответствующего заболевания носит предупредительный характер, сокращает сроки возможного лечения болезни.

Как правило, традиционно для выявления ранних форм заболеваний и разработки оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику и снижение общей и профессиональной заболеваемости, предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, проводятся обязательные предварительные при поступлении на работу, связанную с опасными, вредными веществами и неблагоприятными производственными факторами, а также периодические медицинские осмотры <1>.

<1> [Приказ](#) Минздрава СССР от 29.09.1989 N 555 "О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств" (ред. от 12.04.2011) // Новая аптека. 2004. N 7 (извлечения).

Что касается предупреждения социально значимых заболеваний и борьбы с ними, то эти мероприятия осуществляются в рамках специальных федеральных целевых программ. В качестве примера можно привести обозначенную выше федеральную целевую [программу](#) "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007 - 2012 годы".

Собственно сама программа разбита на ряд самостоятельных подпрограмм, выделяемых в зависимости от заболевания (например, [сахарный диабет](#), [туберкулез](#), [ВИЧ-инфекция](#), [онкология](#), [вирусные гепатиты](#) и т.п.). В частности, например, в рамках подпрограммы "Сахарный диабет" реализуются такие мероприятия, как:

проведение исследований по изучению причин возникновения, механизмов развития сахарного диабета и его осложнений, совершенствованию методов его профилактики, диагностики и лечения;

оснащение учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также оказывающих медицинскую помощь федеральных учреждений, подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний, необходимым оборудованием, организация работы школ для обучения больных сахарным диабетом;

проведение мониторинга сахарного диабета и его осложнений, обеспечение функционирования государственного регистра лиц, больных сахарным диабетом, создание мобильных лечебно-профилактических модулей, внедрение в клиническую практику современных лекарственных препаратов и диагностических систем.

В свою очередь, в рамках реализации [подпрограммы](#) "Туберкулез" предусматриваются:

строительство и реконструкция лечебно-профилактических учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь населению;

разработка и совершенствование ускоренных, высокодостоверных методов и систем диагностики туберкулеза;

разработка комплексных программ по повышению резистентности к заболеванию туберкулезом детского населения;

разработка и апробация как программы организационных мероприятий по повышению эффективности лечения туберкулеза, так и новых методов лечения туберкулеза;

разработка и апробация комплексных программ по медицинской и социальной реабилитации больных туберкулезом, относящихся к различным группам риска;

разработка и совершенствование санитарных нормативов и мер инфекционного контроля за распространением туберкулеза;

предоставление систематической организационно-методической и консультационной помощи (включая мониторинг эффективности реализации мероприятий подпрограммы) субъектам РФ профильными научно-исследовательскими институтами;

создание и обеспечение функционирования системы государственного мониторинга лечения и лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, основанной на персональном учете больных;

обеспечение учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет средств федерального бюджета противотуберкулезными лекарственными препаратами (второго ряда) и системами диагностики туберкулеза, в том числе на основе иммунобиологических диагностических тестов, а также оказывающих медицинскую помощь федеральных учреждений, подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний, противотуберкулезными лекарственными препаратами (первого и второго ряда) и системами диагностики туберкулеза, в том числе на основе иммунобиологических диагностических тестов;

совершенствование лабораторной диагностики туберкулеза;

внедрение современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных туберкулезом в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также оказывающих медицинскую помощь федеральных учреждений, подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний.

4. Проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством РФ.

Данные мероприятия тесно связаны с нормами трудового законодательства, поскольку закрепляют обязанность работников (физических лиц, вступивших в трудовые отношения с работодателем) в сфере соблюдения требований по охране труда и обеспечению безопасности труда, а именно обязанность прохождения предварительных, периодических профилактических, очередных и внеочередных, дополнительных медицинских осмотров.

В целях реализации данной обязанности работник представляет направление, выданное работодателем, в котором указываются вредные и (или) опасные производственные факторы и вредные работы, а также паспорт или другой документ, его заменяющий, амбулаторную карту или выписку из нее с результатами периодических осмотров по месту предыдущих работ и в случаях, предусмотренных законодательством РФ, - решение врачебной психиатрической комиссии.

В случае если при проведении периодического медицинского осмотра (обследования) возникают подозрения на наличие у работника профессионального заболевания, медицинская организация направляет его в установленном порядке в центр профпатологии на экспертизу связи заболевания с профессией.

Сведения о прохождении медицинских осмотров работниками являются предметом учета, осуществляемого лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем

здравоохранения, а также органами Роспотребнадзора. Заключение медицинской комиссии и результаты медицинского осмотра (обследования), как предварительного, так и периодического, а также выписка из амбулаторной карты работника вносятся в карту предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований).

Медицинская организация совместно с территориальными органами Роспотребнадзора и представителем работодателя обобщает результаты проведенных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников и составляет заключительный акт по его итогам в четырех экземплярах. Заключительный акт в течение 30 дней должен быть представлен медицинской организацией работодателю, территориальному органу Роспотребнадзора и центру профпатологии.

Центр профпатологии субъекта РФ обобщает и анализирует результаты периодических медицинских осмотров (обследований), проведенных в течение года на территории субъекта РФ, и представляет ежегодный отчет в установленном порядке в орган управления здравоохранением субъекта РФ, который в установленном порядке представляет отчет в Минздравсоцразвития, и в копии - в территориальный орган Роспотребнадзора.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (см. [комментарий к ч. ч. 4 и 5 ст. 46 Закона](#)).

5. Осуществление мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством РФ.

Общие вопросы охраны здоровья лиц, обучающихся в образовательных организациях, урегулированы [ст. 51](#) Закона РФ от 10.07.1992 N 3266-1 "Об образовании" <1>. Образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников.

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. N 30. Ст. 1797.

Учебная нагрузка, в том числе внеучебная, режим занятий обучающихся, воспитанников определяются уставом образовательного учреждения на основе рекомендаций, согласованных с органами здравоохранения.

Оздоровительные образовательные учреждения - это лесные школы, специальные школы-интернаты для детей с различными заболеваниями (например, полиомиелит, легочные заболевания), школы санаторного типа и пр.

Дети, нуждающиеся в длительном лечении, имеют право на обучение, а оздоровительное учреждение обязано при наличии соответствующих медицинских показаний и заключения органа здравоохранения принять ребенка для обучения.

В необходимых, определенных органами здравоохранения, случаях больной ребенок имеет право, а образовательное учреждение обязано проводить занятия с ним дома или в лечебных учреждениях.

Образовательное учреждение имеет право требовать от педагогических работников, а они обязаны периодически проходить бесплатно медицинские обследования.

Органы здравоохранения обязаны обеспечить медицинским обслуживанием образовательное

учреждение, а последнее обязано предоставить оборудование (свет, вода, тепло, электропроводка и пр.) и помещение для работы медицинского персонала <1>.

<1> Сытинская М.В., Шкатулла В.И. [Комментарий](#) к Закону Российской Федерации от 10.07.1992 N 3266-1 "Об образовании" (постатейный) / Отв. ред. В.И. Шкатулла. М.: Юстицинформ, 2009.

Образовательное учреждение обязано предусмотреть специальное помещение для питания обучающихся, воспитанников, а также достаточно продолжительный перерыв в занятиях для питания.

Предприятия общественного питания обязаны организовать питание в образовательном учреждении.

Ответственность за создание необходимых условий для учебы, труда, питания и отдыха обучающихся, воспитанников несут должностные лица образовательных учреждений в соответствии с законодательством РФ и уставом образовательного учреждения.

Приказом Минобразования России от 11.03.1998 N 662 <1> утверждено Типовое [положение](#) о службе охраны труда образовательного учреждения высшего, среднего и начального профессионального образования системы Минобразования России.

<1> Охрана труда в образовательном учреждении: Справочник. М., 2002.

В свою очередь, Приказом Минобрнауки России от 28.12.2010 N 2106 <1> утверждены федеральные [требования](#) к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников.

<1> Российская газета. 2011. N 32.

Мероприятия по сохранению жизни и здоровья граждан при их трудовой деятельности обеспечиваются в рамках осуществления мероприятий по охране труда. Охрана труда - система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия ([ст. 209](#) ТК РФ).

Особое значение в охране труда имеют стандарты безопасности труда - правила, процедуры, критерии и нормативы, направленные на сохранение жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности и регламентирующие осуществление социально-экономических, организационных, санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических, реабилитационных мер в области охраны труда.

В силу [ст. 211](#) ТК РФ порядок разработки, утверждения и изменения подзаконных нормативных правовых актов, содержащих государственные нормативные требования охраны труда, устанавливается Правительством РФ с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

В целях реализации полномочий, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" ([п. 5.2](#)) <1>, Приказом Минздравсоцразвития России от 16.02.2009 N 46н был принят ряд нормативно-правовых актов:

<1> СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2898.

[Правила](#) бесплатной выдачи лечебно-профилактического питания (приложение N 4);

Нормы бесплатной выдачи витаминных препаратов (приложение N 3);

Нормы и условия бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда молока и других, равноценных пищевых продуктов, а также **Порядок** осуществления компенсационной выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока и других равноценных пищевых продуктов (приложения N 1, 2);

Рационы лечебно-профилактического питания (приложение N 2);

Перечень вредных производственных факторов, при воздействии которых в профилактических целях рекомендуется употребление молока и других равноценных пищевых продуктов (приложение N 3);

Перечень производств, профессий и должностей, работа в которых дает право на бесплатное получение лечебно-профилактического питания в связи с особыми вредными условиями труда (приложение N 1).

Кроме того, с обязанностью работодателя обеспечить безопасные условия труда корреспондирует гарантия для работника отказаться от выполнения работы, если условия труда создают опасность для его жизни и здоровья. В этом случае работник не может быть привлечен к дисциплинарной ответственности.

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

Комментарий к **статье 13**

Комментируемая **статья** посвящена раскрытию положений принципа соблюдения врачебной тайны. Напомним, что данный аспект медицинской деятельности в качестве основной идеи впервые нашел отражение на законодательном уровне в комментируемом Законе (**ст. 4**). Правда, Основы законодательства 1993 г. содержали отдельную **ст. 61** "Врачебная тайна", в рамках правовой регламентации статуса медицинского и фармацевтического работника, а также упоминание о соблюдении врачебной тайны в отдельных нормах (**ст. ст. 31, 35, 49** Основ).

Врачебная тайна в силу особенностей самой врачебной деятельности - важнейшее понятие деонтологии (от греч. deon - должное и logos - учение) как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками. Однако специфика врачебной тайны состоит в том, что ее сохранность гарантируется законодательно, так же как и законодательно обеспечивается путем установления определенных запретов и юридической ответственности за ее разглашение <1>.

<1> Зиновьева О.В., Зиновьева Е.В. Врачебная тайна // <http://gradusnik.ru/rus/doctor/pravo/05/>.

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Врачебную тайну образуют сведения, которые медицинский работник получает о пациенте в результате взаимодействия с ним в рамках осуществления своих профессиональных обязанностей. Поэтому врачебная тайна отнесена к одному из видов профессиональной тайны. Помимо врачебной тайны к разряду профессиональных относятся тайна исповеди, адвокатская тайна, тайна, известная работникам органов записи актов гражданского состояния <1>.

<1> **Указ** Президента РФ от 06.03.1997 N 188 "Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера" // СЗ РФ. 1997. N 10. Ст. 1127.

Основным документом, в котором регламентирована врачебная тайна, является Конституция РФ (**ст. 23**), в которой записано, что каждый имеет право на неприкосновенность личной жизни, личную и семейную тайну. Нарушение этого права допускается лишь на основании судебного решения.

Содержательная часть общих положений о соблюдении врачебной тайны не претерпела значительных изменений по сравнению с [Основами законодательства](#) 1993 г. Однако предложенная законодателем текстуальная их часть теперь уже не содержит упоминания о предоставлении гражданину гарантии конфиденциальности передаваемых им сведений.

И все же данное положение, по сути, не меняет правовой статус пациента в этой части, так как данная гарантия обеспечивается правом пациента на защиту сведений, составляющих врачебную тайну ([ст. 19](#)), обязательством врача и медицинских организаций хранить и соблюдать врачебную тайну ([ст. ст. 71, 73, 79](#)).

Касаясь истории вопроса, следует отметить, что регулирование соблюдения конфиденциальности сведений врачебной тайны осуществлялось на уровне ведомственных подзаконных актов. Так, Фондом обязательного медицинского страхования 25.03.1998 за N 30 издан [Приказ](#) "О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну" <1>, а Приказом от 27.10.1999 разработаны и утверждены Методические [рекомендации](#) "Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него".

<1> Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в РФ. Т. 7. М.: ФФОМС, 1998.

Как и ранее, с согласия гражданина или его законного представителя могут быть предоставлены сведения, составляющие врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Между тем [Закон](#) об охране здоровья несколько иначе подходит к решению вопроса о возможности предоставления врачебной тайны с согласия гражданина или его законного представителя для обозначенных целей. Во-первых, Закон ведет речь не о предоставлении сведений, а об их неразглашении, что несколько шире по содержательной нагрузке и предполагает освещение врачебной тайны публично, в том числе через средства массовой информации (СМИ).

Во-вторых, изменения внесены собственно в сам порядок передачи сведений, который предусматривает возможность их разглашения только с письменного согласия гражданина или его представителя.

Кроме того, новацией законодательства об охране здоровья в этой части следует считать запрет на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека.

[Статья 61](#) Основ законодательства 1993 г. содержала перечень случаев, когда допускалось предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

В комментируемой [статье](#) данный перечень оснований значительно расширен и конкретизирован. Как и прежде, согласие на предоставление сведений не требуется в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, не способного выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно; в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, больному наркоманией, не достигшему возраста 16 лет, а в иных случаях - 15 лет; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти.

К дополнительным, установленным [Законом](#) основаниям предоставления сведений без согласия пациента, следует отнести:

информирование органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

расследование несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

обмен информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных;

осуществление учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

осуществление контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Наиболее частым нарушением права граждан на неразглашение врачебной тайны является сообщение сведений о факте обращения за медицинской помощью, а также о диагнозе и прогнозе заболевания врачебным и средним медицинским персоналом в кругу коллег. Чаще всего это происходит в частных беседах, поэтому ответственность не наступает исключительно вследствие отсутствия огласки этого факта и неведения самого больного относительно нарушения его прав. Следует отметить, что здесь речь идет не о получении лечащим врачом профессионального совета, а именно о частных, дружеских обсуждениях "интересных случаев из практики" с людьми, к лечению данного больного не имеющих никакого отношения <1>.

<1> Зиновьев О.В., Зиновьева Е.В. Указ. соч.

Отметим также, что по сравнению с [Основами законодательства](#) 1993 г. комментируемая [статья](#) не содержит отдельной нормы, посвященной ответственности лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, за разглашение врачебной тайны.

Тем не менее данный аспект отношений, возникающий из нарушения медицинским или фармацевтическим работником, в действующем законодательстве без внимания не оставлен, поскольку органично вписывается в положения об ответственности врачей и медицинских организаций за нарушения в сфере охраны здоровья (см. [комментарий к ст. 98](#)).

Юридическая ответственность, с одной стороны, выступает как средство наказания виновного, а с другой - несет воспитательную нагрузку, стимулируя его дальнейшее правомерное поведение.

Следует обозначить виды ответственности, а также конкретные правонарушения, касающиеся разглашения врачебной тайны. Законодательством установлены три вида ответственности за разглашение врачебной тайны:

дисциплинарная;

административная;

уголовная.

Дисциплинарная ответственность - это мера ответственности работника за совершение дисциплинарного правонарушения, применяемая в целях предупреждения и пресечения нарушений трудового законодательства. Дисциплинарная ответственность является одним из видов юридической ответственности, предусмотренной законодательством за неправомерное поведение, и представляет собой обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за противоправное неисполнение своих трудовых обязанностей.

[Статья 192](#) ТК РФ дает общий перечень дисциплинарных взысканий, которые могут быть применены ко всем работникам: 1) замечание; 2) выговор; 3) увольнение.

Административная ответственность применяется за совершение административного проступка, выразившегося в нарушении законодательства в области охраны здоровья граждан, в частности разглашение врачебной тайны. КоАП РФ (ст. 13.14) предусмотрена административная ответственность за разглашение информации с ограниченным доступом, которое охватывает понятие врачебной тайны.

Уголовная ответственность предусмотрена ст. 137 УК РФ. В соответствии с этой статьей незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, наказывается штрафом. Кроме того, ответственность вследствие разглашения врачебной тайны может наступить и в соответствии со ст. 286 "Превышение должностных полномочий" УК РФ: совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов гражданина.

Особо следует отметить, что вменено совершение деяния, предусмотренного ст. 286 УК РФ, может быть только должностному лицу государственного или муниципального медицинского учреждения, несанкционированно разгласившему сведения, составляющие врачебную тайну, так как здесь речь идет о незаконном нарушении неприкосновенности должностной (служебной) тайны. В отношении врачебного и иного персонала государственных или муниципальных медицинских учреждений, не являющихся должностными лицами, а также в отношении должностных лиц и иных сотрудников частных или ведомственных медицинских предприятий (учреждений) уголовное преследование по данному составу преступления исключено.

В качестве отдельного вида ответственности в рассматриваемой ситуации можно назвать ответственность, предусмотренную действующим гражданским законодательством. Так, ст. 150 ГК РФ устанавливает, что личная тайна относится к нематериальным (неимущественным) благам человека, неотчуждаемым и непередаваемым иным способом. Статья 151 ГК РФ определяет, что, если вследствие разглашения врачебной тайны гражданину причинен моральный вред, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации такого вреда. При этом следует учитывать, что под моральным вредом понимаются физические и нравственные страдания гражданина, претерпеваемые им вследствие нарушения нематериальных благ или личных неимущественных прав. Глава 59 ГК РФ конкретизирует положения ст. 151 ГК РФ, и в ст. 1064 ГК РФ указывается, что вред, причиненный личности гражданина, подлежит возмещению в полном объеме.

Здесь следует отметить, что причинение вреда здоровью вследствие разглашения врачебной тайны может повлечь одновременно и уголовную, и гражданско-правовую ответственность.

Глава 3. ПОЛНОМОЧИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 14. Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 14](#)

Настоящая [статья](#) открывает [гл. 3](#) комментируемого Закона, посвященную вопросам конкретных полномочий органов власти различного уровня в сфере охраны здоровья. Соответствующие нормы содержались в [разд. II](#) Основ законодательства 1993 г. Правда, в отличие от комментируемого [Закона](#) в Основах законодательства вел речь не о полномочиях, а о компетенции, что, в частности, находило отражение в наименовании конкретных статей.

Надо сказать, что смысловая нагрузка наименований статей никоим образом не отразилась на их содержательной части, поскольку "компетенция" и "полномочия" - категории достаточно близкие и отражают характеристику одного и того же правового явления - характеризуют деятельность органов власти и управления. Однако полномочия конкретного публичного субъекта раскрывают его компетенцию. Иначе говоря, публичный орган власти, реализуя свою компетенцию, осуществляет конкретные полномочия. Отсюда представляется, что законодатель уточнил наименование конкретных норм, смысловая нагрузка содержания которых теперь в большей степени соответствует их названию.

В вопросах определения конкретных полномочий органов власти принципиальное значение имеют положения Конституции РФ, в соответствии с [подп. "ж" ч. 1 ст. 72](#) которой координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ. Это закрепляет совместную ответственность центра и регионов за организацию здравоохранения как на отдельной территории, так и в масштабах страны.

Помимо отраслевого органа управления федеральный уровень управления представлен различными органами исполнительной власти, в той или иной мере осуществляющими мероприятия в сфере охраны здоровья. При этом в компетенцию данных органов включен наиболее общий перечень полномочий в здравоохранении, учитывая их профильную специализацию в установленной сфере государственного управления.

В частности, как следует из комментируемой [статьи](#), к таким полномочиям отнесены защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья; управление федеральной государственной собственностью, используемой в сфере охраны здоровья; организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья; организация медико-биологического и медицинского обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации; организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями; обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация и т.п.

Соответственно органами управления в установленной сфере являются, в частности, Росимущество, Ростехрегулирование, Минспорттуризм, Росстат, Минобрнауки. Так, совместным [Приказом](#) Минздравсоцразвития России N 1440, Минспорттуризма России N 1528 от 30.11.2011 <1> в рамках реализации предоставленных полномочий образована Межведомственная комиссия по медицинскому, медико-биологическому и медико-санитарному обеспечению спортсменов, включенных в списки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

<1> Официально не опубликовано.

Как указано выше, помимо ведомственных органов исполнительной власти полномочиями в здравоохранении наделен отраслевой уполномоченный орган, который осуществляет отраслевое управление, выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения.

В соответствии с [Постановлением](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 <1> таким органом является Минздравсоцразвития России. Полномочия данного государственного органа отражают предметную компетенцию, которая тяготеет к непосредственной организации деятельности в сфере охраны здоровья.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" (ред. от 08.12.2011) // СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2898.

К таким полномочиям, как следует из представленных в комментируемой [статье](#), отнесены утверждение [порядка](#) <1> создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации; номенклатуры <2> в сфере охраны здоровья (медицинских организаций, коечного фонда по профилям медицинской помощи, медицинских услуг, должностей медицинских работников и фармацевтических работников, специальностей специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование), [порядка](#) <3> организации направления граждан РФ на лечение за пределы территории РФ за счет средств федерального бюджета; [порядка](#) <4> проведения медицинских осмотров; [порядка](#) назначения и выписывания лекарственных препаратов и т.п.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 24.09.2008 N 513н "Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (ред. от 22.05.2009) // Российская газета. 2009. N 2.

<2> См., например, [Номенклатуру](#) должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения (Приказ Минздравсоцразвития России от 25.07.2011 N 801н), Единую [номенклатуру](#) государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (Приказ Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 N 627), [Номенклатуру](#) работ и услуг в здравоохранении (утв. Минздравсоцразвития России 12.07.2004).

<3> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 24.12.2009 N 1024н "Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по направлению граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации" (ред. от 14.04.2011) // Российская газета. 2010. N 27.

<4> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н "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" // Российская газета. 2011. N 243.

Статья 15. Передача осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Комментарий к [статье 15](#)

В [ч. 1 комментируемой статьи](#) перечисляются полномочия, осуществление которых Российская Федерация передает субъектам РФ.

Во-первых, к таким полномочиям отнесены полномочия по лицензированию отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения. В соответствии с [Законом](#) субъекты РФ осуществляют лицензирование:

с 1 января 2013 г. - медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук);

с 1 января 2012 г. осуществляют лицензирование:

фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук);

деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в [списки I, II и III](#) перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации).

При этом деятельность организаций оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, подлежит лицензированию.

Во-вторых, субъектам РФ передаются полномочия по организации обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по утвержденному перечню. Соответствующий [Перечень](#) утвержден распоряжением Правительства РФ от 31.12.2008 N 2053-р <1> и содержит списки лекарственных средств, централизованно закупаемых за счет средств федерального

бюджета. Указанное полномочие реализуется органами власти субъектов РФ с 1 января 2014 г.

<1> [Распоряжение](#) Правительства РФ от 31.12.2008 N 2053-р "О перечне централизованно
закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных средств" (ред. от 27.12.2010) // СЗ РФ.
2009. N 2. Ст. 334.

[Части 2 - 6 комментируемой статьи](#) определяют условия и порядок финансирования реализации
передаваемых регионам от федерального центра полномочий в сфере охраны здоровья.

Средства на осуществление переданных полномочий предусматриваются в виде субвенций из
федерального бюджета. В соответствии со [ст. 133](#) Бюджетного кодекса РФ (БК РФ) субвенции
представляют собой межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам субъектов РФ в целях
финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ и (или) муниципальных образований,
возникающих при выполнении полномочий РФ, переданных для осуществления органам государственной
власти субъектов РФ и (или) органам местного самоуправления в установленном порядке.

Правительством РФ устанавливается методика определения общего объема средств,
предусмотренных в федеральном бюджете в виде субвенций бюджетам субъектов РФ. Применительно к
сфере здравоохранения методики определяются исходя из определенных критериев и показателей для
реализации конкретного полномочия.

В частности, для осуществления полномочий по лицензированию общий объем средств
определяется исходя:

из численности населения;

из количества медицинских организаций, осуществление полномочий по лицензированию
медицинской деятельности которых передано органам государственной власти субъекта РФ;

из количества аптечных организаций, осуществляющих реализацию населению лекарственных
препаратов и медицинских изделий, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; из
иных показателей.

В свою очередь, для определения размера финансирования осуществления полномочий по
организации обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий граждан в расчет берутся:

численность лиц, включенных в федеральный регистр лиц, страдающих соответствующими
заболеваниями;

ежегодно устанавливаемый Правительством РФ норматив финансовых затрат в месяц на одно
лицо, включенное в соответствующий федеральный регистр;

иные показатели.

Субвенции предоставляются в соответствии с порядком, установленным бюджетным
законодательством РФ ([ст. 133](#) БК РФ), носят целевой характер и не могут быть использованы на другие
цели.

В случае использования субвенций не по целевому назначению федеральный орган
исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной
сфере, вправе взыскать эти средства в установленном порядке.

Соответствующими контрольно-надзорными полномочиями согласно [Постановлению](#) Правительства
РФ от 15.06.2004 N 278 <1> наделена Федеральная служба финансово-бюджетного надзора
(Росфиннадзор).

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 15.06.2004 N 278 "Об утверждении Положения о Федеральной службе финансово-бюджетного надзора" // СЗ РФ. 2004. N 25. Ст. 2561.

Понятие "нецелевое расходование бюджетных средств", а также порядок их взыскания определены в [ст. 289](#) БК РФ. Согласно указанной статье нецелевое использование бюджетных средств выражается в направлении и использовании их на цели, не соответствующие условиям получения указанных средств, определенным утвержденным бюджетом, бюджетной росписью, уведомлением о бюджетных ассигнованиях, сметой доходов и расходов либо иным правовым основанием их получения.

Последствиями нецелевого использования бюджетных средств являются меры принуждения - изъятие бюджетных средств, используемых не по целевому назначению. Данная мера не является административным наказанием. Порядок взыскания указанных бюджетных средств регулируется бюджетным законодательством. Взыскание производится в бесспорном порядке государственным органом в области применения мер принуждения за нарушение бюджетного законодательства РФ <1>.

<1> [Постановление](#) Пленума ВАС РФ от 22.06.2006 N 23 "О некоторых вопросах применения арбитражными судами норм Бюджетного кодекса Российской Федерации" (ред. от 26.02.2009) // Вестник ВАС РФ. 2006. N 8.

[Часть 7 комментируемой статьи](#) определяет конкретные функции Минздравсоцразвития России в рамках обеспечения передачи полномочий и их реализации субъектами РФ. К этим функциям отнесены:

1) издание нормативных правовых актов по вопросам осуществления полномочий, в том числе административные регламенты предоставления государственных услуг и исполнения государственных функций в части переданных полномочий;

2) издание обязательных для исполнения органами исполнительной власти субъектов РФ методических указаний и инструкций по вопросам осуществления переданных полномочий. Так, Приказом Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 N 158н <1> утверждены Методические [указания](#) по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий по лицензированию деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. В свою очередь, Приказом Минздравсоцразвития России от 06.06.2008 N 263н <2> утверждены Методические [указания](#) по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по лицензированию фармацевтической деятельности;

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 N 158н "Об утверждении методических указаний по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий по лицензированию деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ" // Российская газета. 2010. N 95.

<2> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 06.06.2008 N 263н "Об утверждении методических указаний по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по лицензированию фармацевтической деятельности" // Российская газета. 2008. N 150.

3) осуществление в устанавливаемом им порядке согласования назначения на должность (освобождения от должности) руководителей, структуры органов исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющих переданные полномочия. Соответствующий [Порядок](#) установлен Приказом Минздравсоцразвития России от 03.06.2009 N 297н <1>;

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 03.06.2009 N 297н "О порядке согласования структуры органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющего переданные

полномочия Российской Федерации в области здравоохранения, и кандидатуры для назначения на должность руководителя органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющего переданные полномочия Российской Федерации в области здравоохранения" // БНА ФОИВ. 2009. N 34.

4) установление требований к содержанию и формам отчетности, к порядку представления отчетности об осуществлении переданных полномочий;

5) подготовка и внесение в Правительство РФ в случаях, установленных федеральными законами, предложений об изъятии у органов государственной власти субъектов РФ переданных полномочий.

В [ч. 8 комментируемой статьи](#) предусматривается ведение федерального регистра лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей. Такой реестр ведется Минздравсоцразвития России в соответствии с [Порядком](#), установленным Приказом Минздравсоцразвития России от 04.04.2008 N 162н <1>, и включает следующие сведения:

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 04.04.2008 N 162н "О порядке ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей" (ред. от 01.12.2010) // БНА ФОИВ. 2008. N 23.

страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

фамилию, имя, отчество, а также фамилию, которая была у гражданина при рождении;

дату рождения;

пол;

адрес места жительства;

серию и номер паспорта (свидетельства о рождении) или удостоверения личности, дату выдачи указанных документов;

дату включения в федеральный регистр;

диагноз заболевания (состояния);

иные сведения, определяемые Правительством РФ.

[Часть 9 комментируемой статьи](#) определяет полномочия федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья. Таковым органом согласно [Постановлению](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 <1> является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор).

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития" (ред. от 24.03.2011) // СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2900.

В рамках предоставленных полномочий Росздравнадзор:

1) ведет единый реестр лицензий, в том числе лицензий, выданных органами государственной

власти субъектов РФ в [порядке](#), установленном Минздравсоцразвития России <1>;

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 09.11.2007 N 689 "О Порядке ведения единого реестра лицензий, в том числе предоставленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданными полномочиями" (ред. от 17.05.2011) // БНА ФОИВ. 2008. N 10.

2) осуществляет контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов РФ полномочий с правом направления предписаний об устранении выявленных нарушений и о привлечении к ответственности должностных лиц, исполняющих обязанности по осуществлению переданных полномочий. Приказом Минздравсоцразвития России от 12.08.2008 N 418н <1> утвержден [Порядок](#) организации работы по контролю и надзору за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов РФ.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 12.08.2008 N 418н "Об утверждении Порядка организации работы по контролю и надзору за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в сфере здравоохранения" (ред. от 11.09.2009) // БНА ФОИВ. 2008. N 45.

В [ч. 10 рассматриваемой статьи](#) определяются функции высшего должностного лица субъекта РФ (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) в рамках исполнения переданных на уровень субъекта РФ федеральных полномочий в сфере охраны здоровья. К компетенции высшего должностного лица субъекта РФ в установленной сфере отнесены следующие полномочия:

1) назначение на должность (освобождение от должности) руководителей органов исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющих переданные им полномочия, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) утверждение по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти структуры органов исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющих переданные им полномочия;

3) организация деятельности по осуществлению переданных полномочий в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ, нормативными правовыми актами и иными документами Минздравсоцразвития России;

4) утверждение административных регламентов предоставления государственных услуг и исполнения государственных функций в части переданных полномочий до утверждения федеральных регламентов. Утверждаемые регламенты не могут противоречить нормативным правовым актам РФ, должны содержать только предусмотренные такими актами требования и ограничения в части реализации прав и свобод граждан, прав и законных интересов организаций и которые разрабатываются с учетом требований к регламентам предоставления федеральными органами исполнительной власти государственных услуг и исполнения государственных функций;

5) обеспечение своевременного представления в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в установленной форме ежеквартального отчета о расходовании предоставленных субвенций, сведений о лицензиях, выданных в соответствии с переданными полномочиями, о достижении целевых прогнозных показателей в случае их установления, экземпляров нормативных правовых актов, издаваемых органами государственной власти субъектов РФ по вопросам переданных полномочий, и иной информации, предусмотренной нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа исполнительной власти;

6) обеспечение ведения регионального сегмента федерального регистра лиц, страдающих заболеваниями, указанными в комментируемой [статье](#), и своевременное представление содержащихся в нем сведений в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

В [ч. 11 комментируемой статьи](#) перечисляются уполномоченные органы в сфере осуществления

контроля за расходованием бюджетных средств, направляемых субъектам РФ для исполнения переданных им полномочий в сфере охраны здоровья. Такими органами являются:

Федеральная служба финансово-бюджетного надзора ([Постановление](#) Правительства РФ от 15.06.2004 N 278 "Об утверждении Положения о Федеральной службе финансово-бюджетного надзора");

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ([Постановление](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития");

Счетная палата Российской Федерации (Федеральный [закон](#) от 11.01.1995 N 4-ФЗ "О Счетной палате Российской Федерации" <1>).

<1> СЗ РФ. 1995. N 3. Ст. 167.

[Часть 12 комментируемой статьи](#) закрепляет за Правительством РФ право принимать решение о включении в перечень заболеваний, указанных выше, дополнительных заболеваний. При этом лекарственные средства для лечения вновь включенных в перечень заболеваний приобретаются за счет средств федерального бюджета.

Статья 16. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 16](#)

Принцип федерализма - одна из основ конституционного строя России, представляющая сочетание общедоделативных и региональных интересов <1>.

<1> Ерохина Т.В. [Государственное управление здравоохранением](#) в Российской Федерации // СПС.

Территориальный уровень управления определяет полномочия, которые в рамках процедуры разграничения полномочий не вошли в состав полномочий федерального центра. При этом региональные полномочия отражают и ряд территориальных особенностей жизни конкретного субъекта РФ. Это, в частности, проявляется в реализации полномочий по разработке, утверждению и реализации программ развития здравоохранения, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, формированию структуры исполнительных органов государственной власти субъекта РФ, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, и установлению порядка их организации и деятельности. Региональные особенности в сфере здравоохранения отражаются также в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей территориальную программу обязательного медицинского страхования, разработка которых отнесена к полномочиям субъектов РФ.

Более приближенными к деятельности субъектов РФ являются полномочия по реализации мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Сюда же можно отнести информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах, информирование населения о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих и т.п.

Особенности принципа федерализма в отрасли здравоохранения проявляются в структурном аспекте, предусматривающем, что в систему органов управления здравоохранением входят органы местного самоуправления, наделенные рядом полномочий.

Поэтому отдельные обозначенные в комментируемой [статье](#) полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья могут быть переданы ими для осуществления органам местного самоуправления.

Федеральный [закон](#) от 06.10.1999 N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" <1> регулирует вопросы разграничения полномочий путем их делегирования, например, из федерального центра в регионы. Кроме того, обозначенный Закон ([ст. 26.1](#)) допускает субделеги́рование в рамках общих принципов разграничения полномочий между федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ.

<1> СЗ РФ. 1999. N 42. Ст. 5005.

Субделеги́роваться могут только полномочия, переданные субъектам РФ федеральными законами; полномочия, передаваемые соглашениями между федеральными и региональными органами исполнительной власти, последующей передаче на местный уровень не подлежат. Таким образом, передача на местный уровень делегированных субъектам федеральных полномочий допустима только в случае, если это прямо разрешено (предусмотрено) федеральным законом <1>.

<1> Мадьярова А.В. [Предметы ведения муниципальных образований](#) и полномочия органов местного самоуправления: попытка системного анализа // СПС.

Следует отметить, что предусмотренные в комментируемой [статье](#) полномочия по координации деятельности муниципальной системы здравоохранения на территории субъекта РФ, как правило, могут осуществляться в случаях делегирования полномочий субъекта РФ муниципалитетам. Помимо собственно координации при исполнении делегированных полномочий со стороны региональных управленческих структур может осуществляться контроль органов местного самоуправления, в том числе в части эффективности расходования средств, направленных на реализацию полномочий.

При передаче полномочий в сфере охраны здоровья от регионов на муниципальный уровень оказание медицинской помощи гражданам осуществляется медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

Статья 17. Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 17](#)

В соответствии со [ст. 130](#) Конституции РФ местное самоуправление обеспечивает самостоятельное решение населением вопросов местного значения. Решение этих вопросов независимо от органов государственной власти гарантируется наличием муниципальной собственности. Наиболее важные вопросы, входящие в компетенцию органов местного самоуправления, закреплены в [ст. 132](#) Конституции РФ <1>. К ним отнесены: управление муниципальной собственностью, формирование местного бюджета, утверждение и исполнение местного бюджета, установление местных налогов и сборов, охрана общественного порядка, а также иные вопросы местного значения.

<1> Жданович Т.Г., Михеева Е.А. [Комментарий](#) к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (постатейный) // СПС.

Территориально полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья ограничены пределами городских округов и муниципальных районов.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" <1> муниципальный район - несколько поселений или поселений и межселенных территорий, объединенных общей территорией, в границах которой местное самоуправление осуществляется в целях решения вопросов местного значения межпоселенческого характера. В свою очередь, городской округ - городское поселение, которое не входит в состав

муниципального района и органы местного самоуправления которого осуществляют полномочия по решению установленных, вопросов местного значения поселения и вопросов местного значения муниципального района. Обоими видами муниципальных образований могут осуществляться отдельные государственные полномочия, передаваемые органам местного самоуправления.

<1> СЗ РФ. 2003. N 40. Ст. 3822.

Особый порядок реализации полномочий органов местного самоуправления в рамках оказания медицинской помощи населению установлен для закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (см. [комментарий к ст. 42 Закона](#)).

Комментируемая [статья](#) раскрывает конкретные полномочия органов местного самоуправления, которые, как следует из ее содержания, непосредственно увязываются с соответствующими положениями Федерального [закона](#) от 06.10.2003 N 131-ФЗ.

При этом собственно содержание полномочий ориентирует на максимальное приближение, адаптацию на местах мероприятий, обеспечивающих конституционное право граждан на медицинскую помощь. Более конкретно полномочия органов местного самоуправления раскрыты в специальных федеральных законах и иных актах в области здравоохранения.

Содержание материально-правовой структуры местного самоуправления говорит о том, что местное самоуправление, его организационно-правовое содержание в современном виде и состоянии являются не только логическим продолжением государственного управления делами общества на местах <1>.

<1> Аникин С.Б. [Административно-правовое регулирование](#) совместного ведения России и ее субъектов: понятие и предмет / Под ред. В.М. Манохина // СПС.

Поэтому представляется вполне логичным, что [ч. 2 ст. 132](#) Конституции РФ предусматривает возможность наделения органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями, что, как указано выше, также закреплено [Законом](#) об МСУ. При этом реализация государственных функций в таких случаях осуществляется передачей необходимых для их осуществления материальных и финансовых средств.

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 18. Право на охрану здоровья

Комментарий к [статье 18](#)

Положения комментируемой [статьи](#) частично воспроизводят конституционные нормы, касающиеся личных прав и свобод граждан. Одно из таких прав, как известно, - право на охрану здоровья ([ч. 1 ст. 41](#) Конституции РФ). Причем в свете конституционных постулатов данное право органично дополняется правом на медицинскую помощь, неразрывно связанных с мероприятиями в сфере здравоохранения.

В [Основном Законе](#) государству отводится ведущая роль в реализации мероприятий, направленных на обеспечение права граждан на охрану здоровья. Как следует из [ч. 2 ст. 41](#) Конституции РФ, в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

Этим подтверждается публичный интерес государства и одновременно публичный характер функции здравоохранения, поскольку состояние здоровья нации, улучшение его качественных параметров

- одни из приоритетных и перспективных целей развития страны.

Положения комментируемой **статьи** расширяют представление о конкретных направлениях, обеспечивающих реализацию права на охрану здоровья. Следует раскрыть содержание конкретных мероприятий, которые взяты за основу обеспечения указанного права граждан.

1. Охрана окружающей природной среды. Правовое регулирование в этой сфере общественных отношений осуществляется в соответствии с Федеральным **законом** от 10.01.2002 N 7-ФЗ "Об охране окружающей среды" <1>, определяющим правовые основы государственной политики в области охраны окружающей среды.

<1> СЗ РФ. 2002. N 2. Ст. 133.

Основные направления в природоохранной деятельности согласно положениям Федерального **закона** N 7-ФЗ раскрываются в принципах охраны окружающей среды. Согласно **ст. 3** данного Закона хозяйственная и иная деятельность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, юридических и физических лиц, оказывающая воздействие на окружающую среду, должна осуществляться на основе следующих принципов:

соблюдение права человека на благоприятную окружающую среду;

обеспечение благоприятных условий жизнедеятельности человека;

научно обоснованное сочетание экологических, экономических и социальных интересов человека, общества и государства в целях обеспечения устойчивого развития и благоприятной окружающей среды;

охрана, воспроизводство и рациональное использование природных ресурсов как необходимые условия обеспечения благоприятной окружающей среды и экологической безопасности;

ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления за обеспечение благоприятной окружающей среды и экологической безопасности на соответствующих территориях;

платность природопользования и возмещение вреда окружающей среде;

независимость контроля в области охраны окружающей среды;

презумпция экологической опасности планируемой хозяйственной и иной деятельности;

обязательность оценки воздействия на окружающую среду при принятии решений об осуществлении хозяйственной и иной деятельности;

обязательность проведения в соответствии с законодательством РФ проверки проектов и иной документации, обосновывающих хозяйственную и иную деятельность, которая может оказать негативное воздействие на окружающую среду, создать угрозу жизни, здоровью и имуществу граждан, на соответствие требованиям технических регламентов в области охраны окружающей среды;

учет природных и социально-экономических особенностей территорий при планировании и осуществлении хозяйственной и иной деятельности;

приоритет сохранения естественных экологических систем, природных ландшафтов и природных комплексов;

допустимость воздействия хозяйственной и иной деятельности на природную среду исходя из требований в области охраны окружающей среды;

обеспечение снижения негативного воздействия хозяйственной и иной деятельности на

окружающую среду в соответствии с нормативами в области охраны окружающей среды, которого можно достигнуть на основе использования наилучших существующих технологий с учетом экономических и социальных факторов;

обязательность участия в деятельности по охране окружающей среды органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, общественных и иных некоммерческих объединений, юридических и физических лиц;

сохранение биологического разнообразия;

обеспечение интегрированного и индивидуального подходов к установлению требований в области охраны окружающей среды к субъектам хозяйственной и иной деятельности, осуществляющим такую деятельность или планирующим осуществление такой деятельности;

запрещение хозяйственной и иной деятельности, последствия воздействия которой непредсказуемы для окружающей среды, а также реализации проектов, которые могут привести к деградации естественных экологических систем, изменению и (или) уничтожению генетического фонда растений, животных и других организмов, истощению природных ресурсов и иным негативным изменениям окружающей среды;

соблюдение права каждого на получение достоверной информации о состоянии окружающей среды, а также участие граждан в принятии решений, касающихся их прав на благоприятную окружающую среду, в соответствии с законодательством;

ответственность за нарушение законодательства в области охраны окружающей среды;

организация и развитие системы экологического образования, воспитание и формирование экологической культуры;

участие граждан, общественных и иных некоммерческих объединений в решении задач охраны окружающей среды;

международное сотрудничество Российской Федерации в области охраны окружающей среды.

Принципиальное значение в проведении природоохранных мероприятий имеют конкретные объекты охраны окружающей среды. Согласно [ст. 4](#) Федерального закона N 7-ФЗ объектами охраны окружающей среды от загрязнения, истощения, деградации, порчи, уничтожения и иного негативного воздействия хозяйственной и иной деятельности являются:

земли, недра, почвы;

поверхностные и подземные воды;

леса и иная растительность, животные и другие организмы и их генетический фонд;

атмосферный воздух, озоновый слой атмосферы и околоземное космическое пространство.

В первоочередном порядке охране подлежат естественные экологические системы, природные ландшафты и природные комплексы, не подвергшиеся антропогенному воздействию.

2. Безопасные и благоприятные условия труда граждан. Согласно [ст. 37](#) Конституции РФ труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию. При этом [Конституция](#) РФ определяет право каждого на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены. Эти конституционные нормы получают развитие в трудовом законодательстве. Вопросы обеспечения безопасных условий труда граждан регулируются трудовым законодательством.

Безопасные условия труда - условия труда, при которых воздействие на работающих вредных и (или) опасных производственных факторов исключено либо уровни их воздействия не превышают установленных нормативов ([ст. 209](#) ТК РФ).

Соответствующие обязанности вменяются в обязанности конкретных работодателей в соответствии с положениями [гл. 34](#) "Требования охраны труда" ТК РФ. Согласно [ст. 212](#) ТК РФ в рамках выполнения мероприятий по охране труда работодатель обязан обеспечить:

безопасность работников при эксплуатации зданий, сооружений, оборудования, осуществлении технологических процессов, а также применяемых в производстве инструментов, сырья и материалов;

применение прошедших обязательную сертификацию или декларирование соответствия в установленном законодательством РФ о техническом регулировании порядке средств индивидуальной и коллективной защиты работников;

соответствующие требованиям охраны труда условия труда на каждом рабочем месте;

режим труда и отдыха работников в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

приобретение и выдачу за счет собственных средств специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты, смывающих и обезвреживающих средств, прошедших обязательную сертификацию или декларирование соответствия в установленном законодательством РФ о техническом регулировании порядке, в соответствии с установленными нормами работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением;

обучение безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве, проведение инструктажа по охране труда, стажировки на рабочем месте и проверки знания требований охраны труда;

недопущение к работе лиц, не прошедших в установленном порядке обучение и инструктаж по охране труда, стажировку и проверку знаний требований охраны труда;

организацию контроля за состоянием условий труда на рабочих местах, а также за правильностью применения работниками средств индивидуальной и коллективной защиты;

проведение аттестации рабочих мест по условиям труда с последующей сертификацией организации работ по охране труда;

в случаях, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), обязательных психиатрических освидетельствований работников, внеочередных медицинских осмотров (обследований), обязательных психиатрических освидетельствований работников по их просьбам в соответствии с медицинскими рекомендациями с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка на время прохождения указанных медицинских осмотров (обследований), обязательных психиатрических освидетельствований;

недопущение работников к исполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских осмотров (обследований), обязательных психиатрических освидетельствований, а также в случае медицинских противопоказаний;

информирование работников об условиях и охране труда на рабочих местах, о риске повреждения здоровья и полагающихся им компенсациях и средствах индивидуальной защиты;

предоставление федеральным органам исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда, федеральному органу исполнительной власти, уполномоченному на осуществление федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, другим федеральным органам исполнительной власти, осуществляющим государственный контроль (надзор) в установленной сфере деятельности, органам

исполнительной власти субъектов РФ в области охраны труда, органам профсоюзного контроля за соблюдением трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права, информации и документов, необходимых для осуществления ими своих полномочий;

принятие мер по предотвращению аварийных ситуаций, сохранению жизни и здоровья работников при возникновении таких ситуаций, в том числе по оказанию пострадавшим первой помощи;

расследование и учет в установленном **ТК** РФ, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ порядке несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

санитарно-бытовое и лечебно-профилактическое обслуживание работников в соответствии с требованиями охраны труда, а также доставку работников, заболевших на рабочем месте, в медицинскую организацию в случае необходимости оказания им неотложной медицинской помощи;

беспрепятственный допуск должностных лиц федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, других федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль (надзор) в установленной сфере деятельности, органов исполнительной власти субъектов РФ в области охраны труда, органов Фонда социального страхования РФ, а также представителей органов общественного контроля в целях проведения проверок условий и охраны труда и расследования несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

выполнение предписаний должностных лиц федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, других федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль (надзор) в установленной сфере деятельности, и рассмотрение представлений органов общественного контроля в установленные **ТК** РФ, иными федеральными законами сроки;

обязательное социальное страхование работников от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

ознакомление работников с требованиями охраны труда;

разработку и утверждение правил и инструкций по охране труда для работников с учетом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации или иного уполномоченного работниками органа;

наличие комплекта нормативных правовых актов, содержащих требования охраны труда в соответствии со спецификой своей деятельности.

Кроме того, в рамках мероприятий по обеспечению безопасных условий труда работников работодатели обязаны обеспечить проведение медицинских осмотров некоторых категорий работников (**ст. 213 ТК РФ**). К этой же группе мероприятий можно отнести обязанность работодателя создать службу охраны труда в организации (**ст. 217 ТК РФ**) в целях обеспечения соблюдения требований охраны труда, осуществления контроля за их выполнением у каждого работодателя, осуществляющего производственную деятельность. Данная служба создается в обязательном порядке, если общая численность работников предприятия превышает 50 человек. Служба охраны труда может создаваться в качестве отдельного структурного подразделения либо введением должности отдельного специалиста по охране труда, имеющего соответствующую подготовку или опыт работы в этой области.

В организации по инициативе работодателя и (или) по инициативе работников либо их представительного органа могут также быть созданы комитеты (комиссии) по охране труда (**ст. 218 ТК РФ**). Данная структура организует совместные действия работодателя и работников по обеспечению требований охраны труда, предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний, а также организует проведение проверок условий и охраны труда на рабочих местах и информирование работников о результатах указанных проверок, сбор предложений к разделу коллективного договора (соглашения) об охране труда.

В свою очередь, конкретные мероприятия по обеспечению прав работников на охрану труда содержит [гл. 36](#) ТК РФ. К ним отнесены:

- права работника на труд в условиях, отвечающих требованиям охраны труда ([ст. 219](#));
- гарантии права работников на труд в условиях, соответствующих требованиям охраны труда ([ст. 220](#));
- обеспечение работников средствами индивидуальной защиты ([ст. 221](#));
- выдача молока и лечебно-профилактического питания ([ст. 222](#));
- санитарно-бытовое и лечебно-профилактическое обслуживание работников ([ст. 223](#));
- дополнительные гарантии охраны труда отдельным категориям работников ([ст. 224](#));
- обучение и профессиональная подготовка в области охраны труда ([ст. 225](#)).

3. Благоприятные условия быта, отдыха, воспитания и обучения граждан.

Условия быта работников определяются работодателем на уровне локального правового регулирования, в том числе в коллективном договоре, и в рамках индивидуального регулирования трудовых отношений сторон. В частности, в содержании трудового договора могут предусматриваться в качестве дополнительных условия об улучшении социально-бытовых условий работника и членов его семьи ([ст. 57](#) ТК РФ).

Право на отдых, как известно, наряду с правом на труд является одним из конституционных прав граждан. Работающему по трудовому договору гарантируются установленные федеральным законом продолжительность рабочего времени, выходные и праздничные дни, оплачиваемый ежегодный отпуск ([ч. 5 ст. 37](#) Конституции РФ).

Вопросы правового регулирования времени отдыха для занятых граждан определяются трудовым законодательством. Время отдыха - время, в течение которого работник свободен от исполнения трудовых обязанностей и которое он может использовать по своему усмотрению ([ст. 106](#) ТК РФ). Согласно [ст. 107](#) ТК РФ видами времени отдыха являются:

- перерывы в течение рабочего дня (смены);
- ежедневный (междусменный) отдых;
- выходные дни (еженедельный непрерывный отдых);
- нерабочие праздничные дни; отпуска.

Воспитание и обучение граждан являются неотъемлемой частью образовательного процесса в целом и предполагают комплекс мероприятий, направленных на достижение образовательных задач.

Как правило, благоприятные условия воспитания и обучения связываются с соблюдением установленных санитарно-эпидемиологических требований. Как следует из [ст. 28](#) Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", в дошкольных и других образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, в том числе меры по организации их питания, и выполняться требования санитарного законодательства. Программы, методики и режимы воспитания и обучения детей допускаются к применению при наличии санитарно-эпидемиологических заключений.

Данная норма конкретизируется в санитарно-эпидемиологических правилах. Так, в частности, [п. 1.8](#) Санитарных правил и нормативов "Гигиенические требования к изданиям учебным для общего и начального профессионального образования. СанПиН 2.4.7.1166-02" <1>, утвержденных Главным

государственным санитарным врачом РФ 7 октября 2002 г., установлено, что учебные издания для общего и начального профессионального образования допускаются к использованию только при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии их указанным санитарным правилам.

<1> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 20.11.2002 N 38 "О введении в действие Санитарных правил и нормативов" // БНА ФОИВ. 2003. N 4.

Ввод в эксплуатацию построенных и реконструируемых зданий образовательных учреждений начального профессионального образования также допускается только при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии их [СанПиН 2.4.3.1186-3](#) <1>. Подобные положения содержатся и в других, вышеперечисленных Санитарных правилах.

<1> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2003 N 2 "О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.4.3.1186-03" (ред. от 30.09.2009) // БНА ФОИВ. 2003. N 14.

Необходимо, кроме того, учесть, что за нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям воспитания и обучения, к техническим, в том числе аудиовизуальным, и иным средствам воспитания и обучения, учебной мебели, а также к учебникам и иной издательской продукции предусмотрена административная ответственность по [ст. 6.7](#) КоАП РФ в виде предупреждения или наложения административного штрафа на должностных лиц, а также юридических лиц.

4. Производство и реализация продуктов питания соответствующего качества.

Обязанность по производству и реализации безопасных продуктов питания возложена на индивидуальных предпринимателей в соответствии со [ст. 11](#) Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии. В частности, индивидуальные предприниматели в рамках своей деятельности обязаны обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг, а также продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов и товаров для личных и бытовых нужд при их производстве, транспортировке, хранении, реализации населению.

В свою очередь, [ст. 15](#) названного Закона установлены санитарно-эпидемиологические требования к пищевым продуктам, пищевым добавкам, продовольственному сырью, а также контактирующим с ними материалам и изделиям и технологиям их производства.

Пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия в процессе их производства, хранения, транспортировки и реализации населению должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Так, соответствующие требования определены в Санитарно-эпидемиологических правилах и нормах: гигиенические требования по применению пищевых добавок ([СанПиН 2.3.2.1293-03](#)) <1>, по организации детского питания ([СанПиН 2.3.2.1940-05](#)) <2>, гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов ([СанПиН 2.3.2.1324-03](#)), гигиенические требования к организации производства и оборота биологических пищевых добавок (БАД) ([СанПиН 2.3.2.1290-03](#)) <3>, предельно допустимые количества химических веществ, выделяющихся из материалов, контактирующих с пищевыми продуктами <4>.

<1> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 18.04.2003 N 59 "О введении в действие Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.3.2.1293-03" (ред. от 23.12.2010) // Российская газета. 2003. N 119/1.

<2> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 19.01.2005 N 3 "О введении в действие СанПиН 2.3.2.1940-05" (ред. от 27.06.2008) // БНА ФОИВ. 2005. N 8.

<3> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 17.04.2003 N 50 "О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.3.2.1290-03" // Российская газета. 2003. N 108.

<4> [ГН 2.3.3.972-00](#). 2.3.3. Гигиена питания. Тара, посуда, упаковка, оборудование и другие виды продукции, контактирующие с пищевыми продуктами. Предельно допустимые количества химических веществ, выделяющихся из материалов, контактирующих с пищевыми продуктами. Гигиенические нормативы. М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2000.

Производство, применение (использование) и реализация населению новых видов (впервые разрабатываемых и внедряемых в производство) пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, а также контактирующих с ними материалов и изделий, внедрение новых технологических процессов их производства и технологического оборудования осуществляются при условии их соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Не соответствующие санитарно-эпидемиологическим требованиям и представляющие опасность для человека пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия немедленно снимаются с производства или реализации.

Снятые с производства или реализации пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия должны быть использованы их владельцами в целях, исключающих причинение вреда человеку, или уничтожены.

5. Производство и реализация качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов.

В рамках мероприятий по развитию здравоохранения и фармацевтики предусматривается на уровне федеральных органов исполнительной власти реализация отдельных долгосрочных программ. В частности, к ним можно отнести федеральную целевую [программу](#) "Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу" (утверждена Постановлением Правительства РФ от 17.02.2011 N 91) <1>, [концепция](#) которой изначально была определена Правительством в 2010 г. <2>.

<1> СЗ РФ. 2011. N 12. Ст. 1628.

<1> [Распоряжение](#) Правительства РФ от 01.10.2010 N 1660-р "Об утверждении Концепции федеральной целевой программы "Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу" // СЗ РФ. 2010. N 41 (ч. II). Ст. 5266.

В целях урегулирования вопросов производства и контроля за реализацией лекарственных препаратов принят Федеральный [закон](#) "Об обращении лекарственных средств". Согласно его положениям под обращением понимается целый комплекс мероприятий, включая разработку, доклинические исследования, клинические исследования, экспертизу, государственную регистрацию, стандартизацию и контроль качества, производство, изготовление, хранение, перевозку, ввоз на территорию РФ, вывоз с территории РФ, рекламу, отпуск, реализацию, передачу, применение, уничтожение лекарственных средств.

При этом устанавливается приоритет государственного контроля безопасности, качества и эффективности лекарственных средств при их обращении ([ст. 1](#) названного Закона).

Согласно [ст. 4](#) Федерального закона "Об обращении лекарственных средств" лекарственные препараты - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

Общие требования к производству лекарственных препаратов содержит [ст. 45](#) данного Закона.

Производство лекарственных средств должно соответствовать правилам организации производства и контроля качества лекарственных средств, утвержденным Правительством РФ.

Производство лекарственных средств на территории РФ осуществляется производителями лекарственных средств, имеющими лицензию на производство лекарственных средств.

Запрещается производство:

- 1) лекарственных средств, не включенных в государственный реестр лекарственных средств, за исключением лекарственных средств, производимых для проведения клинических исследований и для экспорта;
- 2) фальсифицированных лекарственных средств;
- 3) лекарственных средств без лицензии на производство лекарственных средств;
- 4) лекарственных средств с нарушением правил организации производства и контроля качества лекарственных средств.

При вводе лекарственных средств в гражданский оборот уполномоченное лицо производителя лекарственных средств осуществляет подтверждение соответствия лекарственных средств требованиям, установленным при их государственной регистрации, и гарантирует, что лекарственные средства произведены в соответствии с правилами производства и контроля качества лекарственных средств.

В свою очередь, отдельные правила установлены в отношении продажи лекарственных средств.

Организации оптовой торговли лекарственными средствами могут осуществлять продажу лекарственных средств или передавать их в установленном законодательством РФ порядке:

- 1) другим организациям оптовой торговли лекарственными средствами;
- 2) производителям лекарственных средств для целей производства лекарственных средств;
- 3) аптечным организациям и ветеринарным аптечным организациям;
- 4) научно-исследовательским организациям для научно-исследовательской работы;
- 5) индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на фармацевтическую деятельность или лицензию на медицинскую деятельность;
- 6) медицинским организациям, ветеринарным организациям;
- 7) организациям, осуществляющим разведение, выращивание и содержание животных ([ст. 53 Закона "Об обращении лекарственных средств"](#)).

Оптовая торговля лекарственными средствами осуществляется производителями лекарственных средств и организациями оптовой торговли лекарственными средствами в соответствии с [Правилами оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения](#) (утверждены Приказом Минздравсоцразвития России от 28.12.2010 N 1222н <1>).

<1> Российская газета. 2011. N 29.

Согласно [ч. 1 ст. 55](#) Закона "Об обращении лекарственных средств" розничная торговля лекарственными препаратами в количествах, необходимых для выполнения врачебных (фельдшерских) назначений или назначений специалистов в области ветеринарии, осуществляется:

- 1) аптечными организациями;
- 2) ветеринарными аптечными организациями;

3) индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность;

4) медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами);

5) центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, и ветеринарными организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность.

Продажа фальсифицированных лекарственных средств, недоброкачественных лекарственных средств, контрафактных лекарственных средств запрещается (ст. 57 Закона "Об обращении лекарственных средств").

Для обеспечения безопасности для здоровья человека и в целях лекарственных препараты, находящиеся в обращении на территории РФ, подлежат мониторингу безопасности. Следует отметить, что безопасность лекарственного средства - это характеристика лекарственного средства, основанная на сравнительном анализе его эффективности и риска причинения вреда здоровью.

Мониторинг безопасности лекарственных препаратов осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на всех этапах обращения на территории РФ (п. п. 1 и 2 ст. 64 Закона "Об обращении лекарственных средств"). Мониторинг проводится Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Приказом Минздравсоцразвития России от 26.08.2010 N 757н <1> утвержден [Порядок](#) осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения.

<1> Российская газета. 2010. N 206.

При получении информации о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственного препарата, об особенностях его взаимодействия с другими лекарственными препаратами, которые могут представлять угрозу жизни или здоровью пациентов, а также сведений, не соответствующих сведениям о лекарственном препарате, содержащимся в инструкции по его применению, уполномоченный федеральный орган исполнительной власти рассматривает вопрос о возможности приостановления применения такого лекарственного препарата. Приказом Минздравсоцразвития России от 26.08.2010 N 758н <1> утвержден [Порядок](#) приостановления применения лекарственного препарата для медицинского применения.

<1> Российская газета. 2010. N 206.

При этом информация по результатам поведенного мониторинга безопасности лекарственных препаратов размещается Росздравнадзором на своем официальном сайте в сети Интернет (ст. 66 Закона "Об обращении лекарственных средств"). На сайте может, в частности, размещаться информация о принятых мерах, в том числе решениях о внесении изменения в инструкцию по применению лекарственного препарата, о приостановлении применения, об изъятии из обращения или о возобновлении применения лекарственного препарата.

Следует учесть, что при наличии заключения о риске или об угрозе здоровью, жизни человека или животного при применении лекарственного препарата, превышающих его эффективность, уполномоченным органом может быть принято решение об отмене государственной регистрации лекарственного препарата и исключении его из государственного реестра лекарственных средств (ст. 32

Закона "Об обращении лекарственных средств").

Производимые и реализуемые препараты должны быть не только безопасными, но и качественными. Качество лекарственного средства - соответствие лекарственного средства требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия нормативной документации или нормативного документа. Качество препарата определяется по результатам контрольных мероприятий.

Государственный контроль при обращении лекарственных средств включает контроль за доклиническими исследованиями лекарственных средств, клиническими исследованиями лекарственных препаратов, качеством, производством лекарственных средств, изготовлением лекарственных препаратов, хранением, перевозкой, ввозом на территорию РФ, рекламой, отпуском, реализацией, уничтожением лекарственных средств, применением лекарственных препаратов (ст. 9 Закона "Об обращении лекарственных средств").

При этом важное значение в контрольной деятельности имеет экспертиза. Экспертиза лекарственных средств для медицинского применения предполагает помимо прочих процедур в том числе экспертизу предложенных методов контроля качества лекарственного средства и качества представленных образцов лекарственного средства с использованием этих методов и экспертизу отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата, осуществляемые после проведения его клинического исследования (ст. 14 Закона N 61-ФЗ).

Кроме того, отдельно проводится экспертиза качества лекарственного средства и экспертиза отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата для медицинского применения (ст. 23 Закона "Об обращении лекарственных средств").

По результатам проведения контрольных мероприятий производителю выдается регистрационное удостоверение лекарственного препарата с указанием лекарственных форм и дозировок, причем выдается бессрочно. Исключение составляет регистрационное удостоверение лекарственного препарата, которое регистрируется впервые. Такое удостоверение выдается на срок 5 лет. Регистрационное удостоверение подтверждает одновременно качество и безопасность лекарственного препарата.

Доступность лекарственных препаратов обеспечивается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации путем установления предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты для медицинского применения (ст. 63 Закона "Об обращении лекарственных средств").

Соответствующее государственное регулирование цен осуществляется на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Данный перечень подлежит ежегодному утверждению Правительством РФ.

В частности, распоряжением Правительства РФ от 11.11.2010 N 1938-р (ред. от 03.11.2011) утвержден [Перечень](#) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2011 г. Аналогичные документы должны быть приняты на 2012 г. и последующие годы.

Постановлением Правительства РФ от 29.10.2010 N 865 <1> утверждены [Правила](#) государственной регистрации предельных отпускных цен производителей лекарственных препаратов. В свою очередь, Приказом Федеральной службы по тарифам (ФСТ России) от 11.12.2009 N 442-а <2> утверждена [Методика](#) установления цен на соответствующие препараты.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 29.10.2010 N 865 "О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов" (ред. от 05.12.2011) // СЗ РФ. 2010. N 45. Ст. 5851.

<2> Российская газета. 2009. N 245.

6. Оказание доступной и качественной медицинской помощи. Конкретное содержание мероприятий, направленных на обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи,

определено в [ст. 10](#) рассматриваемого Закона (см. [комментарий к ст. 10](#)).

При этом на уровне подзаконных нормативных актов Правительством РФ в рамках государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи определены критерии доступности и качества медицинской помощи.

В частности, согласно Постановлению Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 <1>, утвердившему [Программу](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год критерии доступности и качества медицинской помощи определяются в соответствии с территориальной программой государственных гарантий. Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики следующих показателей:

<1> СЗ РФ. 2011. N 44. Ст. 6270.

удовлетворенность населения медицинской помощью;

число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;

число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;

смертность населения;

смертность населения в трудоспособном возрасте;

смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;

смертность населения от онкологических заболеваний;

смертность населения от внешних причин;

смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;

смертность населения от туберкулеза;

материнская смертность;

младенческая смертность;

охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;

охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления онкологических заболеваний;

доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с [Программой](#), а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других), в том числе обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, а также больничными койками.

При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Минздравсоцразвития России применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом

профиля отделения, по клинко-статистической группе болезней).

Вместе с указанными выше мероприятиями право на охрану здоровья граждан также обеспечивается юридической ответственностью со стороны должностных лиц за сокрытие ими фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей (**ч. 3 ст. 41** Конституции РФ). Одновременно с соблюдением этой обязанности корреспондирует право каждого на информацию о состоянии окружающей природной среды и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

Комментарий к **статье 19**

Настоящей **статьей** конкретизирована вторая составляющая конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (**ч. 1 ст. 41** Конституции РФ) - право на медицинскую помощь. В отличие от ранее действовавших Основ законодательства 1993 г., **ст. 30** которых закрепляла права пациентов, в рамках комментируемой **статьи** закреплены правомочия нескольких субъектов: 1) лиц, находящихся на территории РФ (для их обозначения использован термин "каждый"); 2) иностранных лиц и лиц без гражданства; 3) пациентов.

1. Указанное в **ч. 1 комментируемой статьи** право каждого на медицинскую помощь повторяет имеющуюся в **ч. 1 ст. 41** Конституции РФ формулу "право каждого на медицинскую помощь", однако дублирования содержания при этом не происходит. Комментируемая статья никоим образом не касается права на охрану здоровья, но конкретизирует содержание права каждого на медицинскую помощь. Если Конституция РФ связывает бесплатный характер медицинской помощи лишь с двумя юридическими фактами: 1) организационно-правовой формой и формой собственности организаций, оказывающих медицинскую помощь ("Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно...") и 2) наличием гражданства, то комментируемая **статья** использует иные подходы.

В результате конституционные гарантии, касающиеся граждан, с одной стороны, распространяются на каждого (при этом установленные **ч. 4 ст. 3 и 4 рассматриваемой статьи** нормы исключают из сферы применения данного положения иностранных граждан и лиц без гражданства) но, с другой стороны, установлены неизвестные Конституции РФ ограничения на объем медицинской помощи. Вместо безусловно бесплатной медицинской помощи в определенных Основным Законом организациях - каждый имеет право на бесплатную медицинскую помощь, но лишь в гарантированном объеме, определяемом программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В состав права на медицинскую помощь комментируемой **статьей** также включены правомочия, связанные с получением платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе и посредством добровольного медицинского страхования. Ранее до принятия Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" добровольное медицинское страхование регулировалось (как и обязательное) нормами Закона РФ от 28.06.1991 N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". С прекращением действия последнего нормами законодательства об охране здоровья отношения по добровольному медицинскому страхованию не регламентируются (за исключением положений **ст. 26** комментируемого Закона).

2. **Частями 3 и 4 рассматриваемой статьи** закреплены нормы, касающиеся получения медицинской помощи на территории РФ лицами, не являющимися ее гражданами. При этом устанавливается возможность закрепления права на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории РФ, законодательством РФ и соответствующими международными договорами Российской Федерации. При этом должно быть сохранено общее правило о том, что в случае конкуренции норм Закона и международного договора применяются нормы международного договора.

Согласно Федеральному закону от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" установлен особый правовой режим медицинской помощи иностранным высококвалифицированным специалистам и членам их семей (**ст. 13.2**). Федеральный закон от 15.08.1996 N 114-ФЗ "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию" (**ст. 27**) предусматривает возможность отказа в выдаче визы, если иностранный гражданин или лицо без

гражданства не представили полис медицинского страхования, действительный на территории РФ.

Важнейшее место среди актов международного права, касающегося вопроса бесплатности медицинской помощи, занимает Европейское [соглашение](#) о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны (Женева, 17.10.1980) <1>. СССР ратифицировал это соглашение ([Постановление](#) ВС СССР от 17.04.1991 N 2118-1), и оно вступило в силу для СССР с 1 ноября 1991 г. Согласно [ст. 1](#) этого акта выражение "медицинское обслуживание" означает необходимую медицинскую помощь при заболевании, несчастных случаях или беременности; а термин "в случае абсолютной необходимости" означает случаи, в которых предоставление медицинского обслуживания или соответствующих видов помощи не может быть отсрочено, не подвергая опасности жизнь или здоровье заинтересованного лица.

<1> Сборник международных договоров СССР. М., 1994. Вып. XLVII.

В соответствии со [ст. 4](#) лицам, к которым применяется Соглашение и состояние здоровья которых в соответствии с медицинским заключением требует немедленного медицинского обслуживания во время пребывания на территории другого государства, оказывается медицинское обслуживание, вызываемое их состоянием здоровья, как если бы они имели на это право согласно законодательству данного государства. Такое медицинское обслуживание предоставляется учреждением по месту пребывания до выздоровления этих лиц или до тех пор, когда состояние их здоровья позволит им возвратиться или быть репатрированными на территорию государства, где они постоянно проживают.

Предоставление протезов, набора приспособлений и других видов натуральной помощи, имеющих большое значение в неотложных случаях, не требует разрешения компетентных органов власти.

Если состояние здоровья лица не позволяет ему возвратиться своими собственными средствами на территорию государства, где оно проживает, учреждение по месту пребывания принимает меры, необходимые для обеспечения его репатриации на территорию этого государства.

Согласно [ст. 5](#) соглашения в случаях абсолютной необходимости в предоставлении медицинской помощи не может быть отказано заинтересованному лицу по причине того, что оно не в состоянии представить в нужный момент документы, указанные в предыдущем [пункте настоящей статьи](#).

В силу положений [Соглашения](#) об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств (Совет глав правительств Содружества Независимых Государств от 27.03.1997, г. Москва) скорая и неотложная медицинская помощь (включая помощь при родах и неотложных состояниях в период беременности) оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности. С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе.

Лицам, официально признанным беженцами, плановая медицинская помощь на территории государства временного пребывания оказывается в порядке и на условиях, определенных законодательством этого государства.

Плановая медицинская помощь гражданам, работающим по контракту (трудовому договору) в государстве временного пребывания, осуществляется за счет средств работодателя в порядке и объемах, предусмотренных контрактом, либо за счет личных средств самих иностранцев.

По вопросам оказания медицинской помощи заключаются и двусторонние соглашения, например: [Соглашение](#) между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Беларусь о порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург, 24.01.2006).

Помимо норм законов и договоров, касающихся прав иностранных граждан на медицинскую помощь,

ч. 4 комментируемой статьи предусмотрено, что порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством РФ. Заметим, что, несмотря на имеющуюся общность в наименовании актов (**ст. 37** комментируемого Закона определен правовой статус порядков оказания медицинской помощи), порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам является иного рода актом и не подпадает под те требования, которые **ст. 37** комментируемого Закона устанавливает к порядкам оказания медицинской помощи.

Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации, установлен режим равенства в правах на медицинскую помощь с гражданами РФ. Изъятия из этого режима возможны лишь на уровне международных договоров РФ.

3. Перечень прав пациента в соответствии с комментируемой **статьей** представлен несколькими группами прав, которые без изменений или с небольшой корректировкой воспроизводят ранее закрепленные **Основами законодательства** 1993 г. и закрепляют ранее не формализованные на уровне федерального закона новые права (например, получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях).

В отличие от ранее действовавших **Основ законодательства** 1993 г. не включены в перечень прав пациента право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; право на проведение консилиума (однако такая возможность предусмотрена **ст. 48** комментируемого Закона); право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Что касается информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, то этот институт в **ст. 20** комментируемого Закона закреплен отдельно, но не как право пациента, а как скорее обязанность, лишь при исполнении которого возможно медицинское вмешательство.

Перечень прав пациентов не исчерпывается рассматриваемой **статьей**. Так, **ст. 57** закреплено право граждан на медицинскую стерилизацию, **ст. 58** - на проведение независимой медицинской экспертизы.

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Комментарий к **статье 20**

Следует отметить, что вопросы правового регулирования получения согласия на медицинское вмешательство и отказ от него уже были известны законодательству о здравоохранении. В частности, Основы законодательства 1993 г. данный аспект медицинских правоотношений регулировали в самостоятельных **ст. 32** "Согласие на медицинское вмешательство" и **ст. 33** "Отказ от медицинского вмешательства".

Исходя из содержательной нагрузки норм указанных статей в комментируемом Законе обозначенные в них нормативные положения уточнены и объединены в самостоятельной **статье**.

Напомним, что медицинское вмешательство, как известно, - понятие собирательное. Оно представляет собой выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

По общему правилу медицинское вмешательство должно предваряться получением на это информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. Информированное согласие является таковым, если гражданин или его законный представитель в доступной форме получил полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в следующих случаях:

во-первых, в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении реципиента, признанного в установленном законом порядке недееспособным;

во-вторых, в отношении больных наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иных несовершеннолетних в возрасте старше пятнадцати лет при оказании им наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения. При этом добровольное информированное согласие у данных категорий должно быть получено, если они приобрели полную дееспособность до достижения ими восемнадцатилетнего возраста.

Законодательство предусматривает возможность приобретения несовершеннолетним полной дееспособности до достижения совершеннолетия в порядке эмансипации ([ст. 27 ГК РФ](#)).

Несовершеннолетний, достигший шестнадцати лет, может быть объявлен полностью дееспособным, если он работает по трудовому договору, в том числе по контракту, или с согласия родителей, усыновителей или попечителя занимается предпринимательской деятельностью.

Объявление несовершеннолетнего полностью дееспособным (эмансипация) производится по решению органа опеки и попечительства - с согласия обоих родителей, усыновителей или попечителя либо при отсутствии такого согласия - по решению суда.

Признание несовершеннолетнего полностью дееспособным в судебном порядке осуществляется в соответствии с правилами гл. 32 Гражданского процессуального кодекса РФ ([ст. ст. 287 - 289](#)).

Несовершеннолетний, достигший возраста шестнадцати лет, может обратиться в суд по месту своего жительства с заявлением об объявлении его полностью дееспособным.

Заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным принимается судом при отсутствии согласия родителей (одного из родителей), усыновителей или попечителя объявить несовершеннолетнего полностью дееспособным.

Заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным рассматривается судом с участием заявителя, родителей (одного из родителей), усыновителей (усыновителя), попечителя, а также представителя органа опеки и попечительства, прокурора.

Суд, рассмотрев по существу заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным, принимает решение, которым удовлетворяет или отклоняет просьбу заявителя. При удовлетворении заявленной просьбы несовершеннолетний, достигший возраста шестнадцати лет, объявляется полностью дееспособным (эмансипированным) со дня вступления в законную силу решения суда об эмансипации.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель указанных лиц имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. 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. Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства в доступной форме должны быть разъяснены гражданину, одному из родителей или иному законному представителю указанных лиц.

Важная гарантия для недееспособных лиц при решении вопросов о медицинском вмешательстве или отказа от него заключается в возможности обращения медицинской организации в суд для защиты интересов несовершеннолетнего, в ситуации отказа от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни. Законные интересы несовершеннолетнего в указанном случае также защищают органы опеки и попечительства.

Несмотря на свободу выбора при решении вопроса о согласии на медицинское вмешательство или отказа от него, родители и иные законные представители для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства. Перечень видов такого необходимого вмешательства должен быть установлен уполномоченным федеральным органом

исполнительной власти. 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.

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.

Согласие и отказ от медицинского вмешательства осуществляются по установленной форме. В настоящее время действуют образцы таких форм документов, в частности:

образец добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них (утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 N 19н) <1>;

<1> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 N 19н "О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них" // Российская газета. 2009. N 84.

образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель (Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 N 335) <1>;

<1> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 N 335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель" // БНА ФОИВ. 2007. N 44.

Информированное добровольное **согласие** на медицинское вмешательство, информированное добровольное **согласие** на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, информированное добровольное **согласие** на оперативное вмешательство, в том числе переливание крови и ее компонентов (Приказ ФМБА России от 30.03.2007 N 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство") <1>;

<1> Официально не опубликовано.

образец информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ (Приказ Минздрава России от 19.12.2003 N 606) <1>;

<1> **Приказ** Минздрава России от 19.12.2003 N 606 "Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ" // БНА ФОИВ. 2004. N 8.

Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови (Приказ Минздрава России от 25.11.2002 N 363) <1>;

<1> **Приказ** Минздрава России от 25.11.2002 N 363 "Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови" // БНА ФОИВ. 2003. N 6.

Отказ от проведения медицинского вмешательства (Приказ ФМБА России от 30.03.2007 N 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство").

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в следующих случаях.

1. Необходимость медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители несовершеннолетних и недееспособных лиц.

2. Наличие у лица заболевания, представляющего опасность для окружающих (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатит В, гепатит С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акриаз и другие инфекации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума).

В указанных выше случаях решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей. При этом, если консилиум собрать невозможно, решение принимается непосредственно лечащим (дежурным) врачом. Решение вносится в медицинскую документацию пациента с 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.

3. Наличие у лица тяжелых психических расстройств (психические расстройства и расстройства поведения).

Согласно [ст. 23](#) Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" тяжелое психическое расстройство лица обуславливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих. При этом лицо, страдающее психическим расстройством, может быть:

одновременно опасно для себя и окружающих;

опасно только для себя;

опасно только для окружающих;

2) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

4. Совершение лицом общественно опасных деяний (преступления).

В указанных выше случаях решение принимается судом в порядке, который установлен законодательством РФ.

5. Проведение судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Согласно [ч. 1 ст. 13](#) Закона о психиатрической помощи принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Виды, основания и порядок применения мер медицинского характера определены в гл. 15 УК РФ <1> (ст. ст. 97 - 104).

<1> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 07.12.2011) // СЗ РФ. 1996. N 25. Ст. 2954.

Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ст. 99 УК РФ).

Согласно ст. 97 УК РФ принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

- а) совершившим деяния, предусмотренные статьями УК РФ, в состоянии невменяемости;
- б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;
- в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

В отношении лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения.

Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется Уголовно-исполнительным кодексом РФ (УИК РФ) <1>.

<1> Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 N 1-ФЗ (ред. от 07.12.2011) // СЗ РФ. 1997. N 2. Ст. 198.

Согласно ст. 18 УИК РФ по решению суда принудительные меры медицинского характера применяются к лицам, осужденным к принудительным работам, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний.

К осужденным, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осужденным, а также осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по

решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение.

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

Комментарий к [статье 21](#)

Прежде всего следует отметить, что появление данной [статьи](#) - это новация законодательства об охране здоровья и ее особенностью является объединение в рамках ее положений, раскрывающих содержание и гарантии механизма реализации гражданами права выбора.

До принятия комментируемого нормативного акта законодательство в этой части выглядело весьма разрозненным и содержало отдельные фрагменты, касающиеся вопросов регулирования в обозначенной сфере. В частности, Основы законодательства 1993 г., касаясь реализации права на выбор, закрепляли возможность назначения лечащего врача по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения или его подразделения ([ст. 58](#)), выбора по договоренности со всеми ее совместно проживающими совершеннолетними членами семьи врача общей практики (семейного врача) ([ст. 22](#)), выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбора лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования ([ст. 30](#)).

[Закон](#) об охране здоровья закрепляет право на выбор медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Он осуществляется не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В указанной медицинской организации гражданин может осуществлять выбор врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения медицинской организации) в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Комментируемый [Закон](#) не содержит норм, регламентирующих правовое положение врача общей практики (семейного врача). Однако стоит отметить, что нормы, закрепляющие правовой статус врача общей практики (семейного врача), были установлены в [ст. 59](#) Основ законодательства 1993 г. Согласно названной статье врач общей практики (семейный врач) определялся как врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. При этом Приказом Минздравсоцразвития России от 17.01.2005 N 84 ^{<1>} был также утвержден [Порядок](#) осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача).

^{<1>} [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 17.01.2005 N 84 "О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)" // БНА ФОИВ. 2005. N 9.

Отличительным признаком первичной медико-санитарной помощи является приближенность к месту жительства или работы гражданина, что позволяет отнести этот вид медицинской помощи к первому уровню контакта граждан с системой здравоохранения, служащему опорой для непрерывного этапного процесса охраны здоровья и системы оказания медицинской помощи.

Детализация первичной медико-санитарной помощи на доврачебную, врачебную и специализированную характеризует ее многогранную направленность и является предпосылкой для выполнения возложенных на данный уровень медицинской помощи задач.

Как указано выше, право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования были продекларированы еще в [Основах законодательства](#) 1993 г.

Однако в [Основах](#) и принятых в целях их реализации подзаконных нормативных правовых актах механизмы реализации прав пациента не раскрывались, в связи с этим до настоящего времени не обеспечивалась возможность выбора врача и медицинского учреждения.

Что касается вопросов предоставления медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, то этот механизм также столкнулся на практике с известными препятствиями, не позволяющими обеспечивать пациенту реализацию права на выбор. Отметим, что предоставление медицинской помощи гражданам в рамках обязательного медицинского страхования нередко находилось в зависимости от утилитарных интересов страхователей, имеющих возможность осуществлять выбор страховых медицинских организаций, участвующих в оказании медицинских услуг. Тем самым гражданин фактически был устранен от участия в выборе страховой медицинской организации <1>. Подобные проблемы обязательного медицинского страхования являлись системным "сбоем" в сфере медицинского права и перекинулись на практику всей системы здравоохранения.

<1> См. подробнее: Кирилловых А.А. [Правовое регулирование обязательного медицинского страхования](#) // Законодательство и экономика. 2011. N 6. С. 62.

Предложенные законодателем положения раскрывают механизм реализации права граждан на выбор врача и медицинской организации как в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в зависимости от вида и формы оказания медицинской помощи, так и в рамках оказания платной медицинской помощи.

Закрепление указанных норм в полной мере корреспондирует с нормами недавно принятого Федерального [закона](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1>, в котором также закреплен механизм реализации права выбора гражданина как страховой, так и медицинской организации.

<1> СЗ РФ. 2010. N 49. Ст. 6422.

Между тем в среде ученых высказывались известные замечания по поводу слишком широкой свободы медицинского работника в распоряжении возможностью отказа врача от лечения пациента. В частности, Н.В. Путило справедливо отмечала получение согласия врача в качестве юридически значимого факта для осуществления лечения пациента как излишнее отступление от административно-правовых начал регулирования отношений по охране здоровья граждан <1>. На наш взгляд, нужно согласиться с таким замечанием, которое, однако, не было услышано законодателем в полной мере. В качестве примера можно привести [п. 1 ст. 70](#) Закона об охране здоровья, предусматривающий, что лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача, что также корреспондирует с [п. 1 ст. 21](#) данного Закона. Представляется, что такое нормативное установление в дальнейшем может привести к необоснованным отказам в предоставлении медицинской помощи конкретным гражданам, чем, собственно, снижает гарантии реализации самого права на выбор.

<1> Цомартова Ф.В. [Правовые основы модернизации здравоохранения](#) // Журнал российского права. 2011. N 2. С. 125 - 129.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации, реализующей территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, осуществляется в соответствии с направлением лечащего врача. Если таких медицинских организаций несколько (имеется в виду возможность выбора одной из них), врач в обязательном порядке извещает об этом гражданина.

Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания (см. [комментарий к ст. 32](#) Закона). С учетом этого можно предположить, что реализация гражданином права на выбор врача или медицинской организации ставится в прямую зависимость от обеспечения условий своевременности и эффективности оказания соответствующей помощи.

Отдельные условия выбора гражданином медицинской организации установлены в случаях оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за пределами территории субъекта РФ. За исключением случаев оказания скорой медицинской помощи, условия выбора устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В целях реализации права на выбор обеспечивается доступность информации о врачах (уровне их квалификации) и деятельности медицинских организаций. Для этого также используется информационно-телекоммуникационная сеть Интернет.

Специальный порядок выбора врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи (см. [комментарий к ст. ст. 25 и 26 Закона](#)).

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

Комментарий к [статье 22](#)

Следует учесть, что данная [статья](#) не является новой для отечественного законодательства об охране здоровья, поскольку аналогичные нормы содержала [ст. 31](#) Основ законодательства 1993 г., разд. VI, регулирующая права граждан при оказании медико-социальной помощи.

В соответствии с [ч. 1 комментируемой статьи](#) каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Доступная форма предоставления соответствующей информации подразумевает в том числе предоставление ее на понятном гражданину языке. Согласно [ст. 15](#) Закона РФ от 25.10.1991 N 1807-1 "О языках народов Российской Федерации" ^{<1>} в деятельности государственных органов, организаций, предприятий и учреждений РФ используются государственный язык Российской Федерации, государственные языки республик и иные языки народов РФ.

^{<1>} Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. N 50. Ст. 1740.

В свою очередь в соответствии с Конституцией РФ государственным языком Российской Федерации на всей ее территории является русский язык ([ст. 68](#)), что также предусматривает и Федеральный закон от 01.06.2005 N 53-ФЗ "О государственном языке Российской Федерации" ([ст. 1](#)) ^{<1>}.

^{<1>} СЗ РФ. 2005. N 23. Ст. 2199.

На территории РФ официальное делопроизводство в государственных органах, организациях, на предприятиях и в учреждениях ведется на русском языке как государственном языке Российской Федерации.

Отказ в обслуживании граждан под предлогом незнания языка недопустим и влечет ответственность согласно законодательству РФ и республик в ее составе.

Как и ранее, сохраняется право пациента получить от лечащего врача или других медицинских работников, принимающих непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении, информацию о состоянии своего здоровья. В отношении несовершеннолетних, больных наркоманией в возрасте до 16 лет и иных несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, получить информацию о состоянии их здоровья вправе их законные представители. При этом уточнен порядок предоставления информации - она предоставляется лично указанным выше лицам.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину. Членам его семьи такая информация может быть предоставлена только в том случае, если гражданин не запретил сообщать им об этом. При этом гражданин вправе назначить лицо, которому должна быть передана такая информация, в целях ее предоставления своим родственникам.

Часть 4 комментируемой статьи определяет права пациента либо его законного представителя непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

Медицинскими документами, содержащими сведения о состоянии здоровья пациентов, являются: медицинская карта амбулаторного больного, выписной эпикриз и другие документы. Приказом Минздрава России от 22.11.2004 N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" <1> утверждены учетная форма N 025/у-04 "Медицинская **карта** амбулаторного больного" и формы других первичных медицинских документов: **талон** амбулаторного больного, контрольная **карта** диспансерного наблюдения, **направление** на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию и т.п.

<1> БНА ФОИВ. 2004. N 51.

Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них должны быть установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье

Комментарий к **статье 23**

Комментируемая **статья** развивает положения Основного Закона, касающиеся гарантии прав граждан на получение информации о факторах, влияющих на состояние их здоровья (имеются в виду обязанность должностных лиц сообщать о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу для жизни и здоровья людей - **ч. 3 ст. 41**, а также право каждого на получение достоверной информации о состоянии окружающей среды - **ст. 42**).

Следует учесть, что право граждан на информацию подобного рода уже известно законодательству о здравоохранении. В частности, практически аналогичные положения воспроизводила **ст. 19** Основ законодательства 1993 г.

Граждане имеют право на получение 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.

Причем такая информация должна быть достоверной и своевременной - это качественные свойства информации. Информация достоверна, если она отражает истинное положение дел. Недостоверная информация может привести к неправильному пониманию или принятию неправильных решений.

Достоверная информация со временем может стать недостоверной, так как она обладает свойством устаревать, т.е. перестает отражать истинное положение дел.

В свою очередь, только своевременно полученная информация может принести ожидаемую пользу. Одинаково нежелательны как преждевременная подача информации (когда она еще не может быть усвоена), так и ее задержка. Своевременность измеряется промежутком времени между моментом, когда происходит какое-либо событие, и моментом, когда оно находит отражение в сознании человека.

Основы законодательства 1993 г. помимо условий достоверности и своевременности закрепляли также регулярность предоставления информации, что, как представляется, является совсем не лишним и должно было бы найти отражение в комментируемой **статье**.

Между тем более четко определены круг субъектов, обязанных предоставлять информацию, а также условия реализации механизма ее предоставления. Как установлено в **Законе**, соответствующая указанная выше информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в предусмотренном законодательством порядке.

С 1 января 2000 г. Приказом Минздрава России от 02.12.1999 N 429 "О порядке предоставления информации" <1> введены в действие **Порядок** предоставления гражданам и пользователям (потребителям) независимо от их правовой формы информации 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 и **Порядок** организации деятельности пресс-службы Центра Госсанэпиднадзора в субъекте РФ и на транспорте (водном и воздушном).

<1> **Приказ** Минздрава России от 02.12.1999 N 429 "О порядке предоставления информации" // Здравоохранение. 2000. N 4.

К информационным услугам в области Госсанэпидслужбы относятся справочная информация общего назначения, полученная и обработанная в установленном порядке, а также специализированная информация. Информация общего назначения о санитарно-эпидемиологической обстановке и деятельности Госсанэпидслужбы предоставляется органам государственной власти РФ, органам государственной власти субъектов РФ, другим органам и организациям, которым в соответствии с действующим законодательством РФ предоставлено право запрашивать и получать информацию, бесплатно.

Гражданам и пользователям (потребителям) независимо от их организационно-правовой формы информация общего назначения 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 предоставляется бесплатно по следующим разделам деятельности:

о действующих нормативных правовых актах в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

о заболеваемости населения, о результатах выполняемых в рамках Госсанэпиднадзора лабораторных и инструментальных исследований объектов среды обитания в объеме, предусмотренном официально утвержденными формами статистического наблюдения.

Информация общего назначения доводится до пользователей (потребителей) в виде текстов в письменной форме, таблиц и графиков по сетям электронной и почтовой связи, через средства массовой информации в режиме регулярных сообщений или по запросам пользователей (потребителей).

Специализированная информация, для получения которой требуются анализ и обработка данных государственного статистического наблюдения, предоставляется за плату в установленном порядке.

При нарушении права граждан на получение информации о негативных для здоровья факторах следует как можно быстрее обратиться в соответствующие инстанции. Как правило, государство в лице судебных или иных органов выступает на стороне заявителя, защищая его права и законные интересы.

Статья 24. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья

Комментарий к [статье 24](#)

В соответствии со [ст. 213](#) ТК РФ работники, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры (обследования).

Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н утверждены [перечни](#) вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и [Порядок](#) проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров лиц, контактирующих с веществами, отмеченными знаками "А", "К", "Р" (вещества, отмеченные в перечне знаком "А", являются аллергенами, знаком "К" - канцерогенами, знаком "Ф" - обладают фиброгенным эффектом, знаком "Р" - опасны для репродуктивного здоровья человека), к обязательному объему обследования дополнительно привлекаются необходимые для проведения осмотра врачи-специалисты, осуществляются дополнительные лабораторные и функциональные исследования и учитываются дополнительные медицинские противопоказания, указанные для соответствующего класса веществ.

При проведении предварительных и периодических осмотров всем обследуемым в обязательном порядке проводятся: клинический анализ крови, мочи; электрокардиография; цифровая флюорография или рентгенография органов грудной клетки; биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина. Все женщины осматриваются акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследований не реже 1 раза в год; женщины в возрасте старше 40 лет проходят 1 раз в 2 года маммографию или ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез.

Участие в предварительных и периодических осмотрах врачей-специалистов, лабораторные и функциональные исследования осуществляются по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и периодических осмотрах, и обязательны при проведении предварительных и периодических осмотров работников в условиях специализированной медицинской организации, имеющей право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией в соответствии с действующим законодательством.

Участие врача-терапевта, врача-психиатра и врача-нарколога при прохождении предварительных и периодических осмотров является обязательным для всех категорий обследуемых.

Дополнительные медицинские противопоказания являются дополнением к общим медицинским противопоказаниям.

Обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу (далее - предварительные осмотры) проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе, а также с целью раннего выявления и профилактики заболеваний.

Обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) (далее - периодические осмотры) проводятся в целях:

1) динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний;

2) выявления заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения, и распространения заболеваний;

3) своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников;

4) своевременного выявления и предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

5) предупреждения несчастных случаев на производстве.

Предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право на проведение предварительных и периодических осмотров, а также на экспертизу профессиональной пригодности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами (далее - медицинские организации).

Для проведения предварительного или периодического осмотра медицинской организацией формируется постоянно действующая врачебная комиссия. В состав врачебной комиссии включаются врач-профпатолог, а также врачи-специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности "профпатология" или имеющие действующий сертификат по специальности "профпатология". Возглавляет врачебную комиссию врач-профпатолог. Состав врачебной комиссии утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.

Обязанности по организации проведения предварительных и периодических осмотров работников возлагаются на работодателя.

Ответственность за качество проведения предварительных и периодических осмотров работников возлагается на медицинскую организацию.

Предварительные осмотры проводятся при поступлении на работу на основании направления на медицинский осмотр (далее - направление), выданного лицу, поступающему на работу, работодателем.

На лицо, проходящее предварительный осмотр, в медицинской организации оформляются:

медицинская **карта** амбулаторного больного (учетная форма N 025/у-4, утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 N 255, зарегистрирована Минюстом России 14.12.2004 N 6188), в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключение по результатам предварительного или периодического медицинского осмотра. Медицинская карта хранится в установленном порядке в медицинской организации;

паспорт здоровья работника (далее - паспорт здоровья). В период проведения осмотра паспорт здоровья хранится в медицинской организации и по его окончании выдается работнику на руки. В случае утери работником паспорта здоровья медицинская организация по заявлению работника выдает ему дубликат паспорта здоровья.

Предварительный осмотр является завершенным в случае осмотра лица, поступающего на работу, всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных **Перечнем** вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) факторов, и **Перечнем** работ, при выполнении которых проводятся обязательные

предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников.

По окончании прохождения лицом, поступающим на работу, предварительного осмотра медицинской организацией оформляется заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра. Заключение подписывается председателем медицинской комиссии с указанием фамилии и инициалов и заверяется печатью медицинской организации, проводившей медицинский осмотр.

Заключение составляется в двух экземплярах, один из которых по результатам проведения медицинского осмотра незамедлительно после завершения осмотра выдается лицу, поступающему на работу или завершившему прохождение периодического медицинского осмотра, на руки, а второй приобщается к медицинской карте амбулаторного больного.

Частота проведения периодических осмотров определяется типами вредных и (или) опасных производственных факторов, воздействующих на работника, или видами выполняемых работ. Работники в возрасте до 21 года проходят периодические осмотры ежегодно. Внеочередные медицинские осмотры (обследования) проводятся на основании медицинских рекомендаций, указанных в заключительном акте осмотра.

Периодические осмотры проводятся на основании поименных списков, разработанных на основании контингентов работников, подлежащих периодическим и (или) предварительным осмотрам с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы. Включению в списки контингента и поименные списки подлежат работники:

подлежащие воздействию вредных производственных факторов, указанных в [Перечне факторов](#), а также вредных производственных факторов, наличие которых установлено по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда, проведенной в установленном [порядке](#) ^{<1>}. В качестве источника информации о наличии на рабочих местах вредных производственных факторов помимо результатов аттестации рабочих мест по условиям труда могут использоваться результаты лабораторных исследований и испытаний, полученные в рамках контрольно-надзорной деятельности, производственного лабораторного контроля, а также эксплуатационная, технологическая и иная документация на машины, механизмы, оборудование, сырье и материалы, применяемые работодателем при осуществлении производственной деятельности.

^{<1>} [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 31.08.2007 N 569 "Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда".

На основании результатов периодического осмотра в установленном порядке ^{<1>} определяется принадлежность работника к одной из диспансерных групп с последующим оформлением в медицинской карте и паспорте здоровья рекомендаций по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, а при наличии медицинских показаний - по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации.

^{<1>} [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 04.02.2010 N 55н "О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан" (в ред. от 03.03.2011) (вместе с Порядком и объемом проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан).

Статья 25. Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья

Комментарий к [статье 25](#)

Рассматриваемая **статья** посвящена правам на охрану здоровья отдельных категорий лиц, к которым в соответствии с законодательством относятся:

1) военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим. Согласно **ст. 2** Федерального закона от 27.05.1998 N 76-ФЗ "О статусе военнослужащих" <1> к военнослужащим относятся:

<1> СЗ РФ. 1998. N 22. Ст. 2331.

офицеры, прапорщики и мичманы, курсанты военных образовательных учреждений профессионального образования, сержанты и старшины, солдаты и матросы, проходящие военную службу по контракту (военнослужащие, проходящие военную службу по контракту);

сержанты, старшины, солдаты и матросы, проходящие военную службу по призыву, курсанты военных образовательных учреждений профессионального образования до заключения с ними контракта о прохождении военной службы (военнослужащие, проходящие военную службу по призыву);

2) граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу. Согласно **ст. 1** Федерального закона от 25.07.2002 N 113-ФЗ "Об альтернативной гражданской службе" <1> альтернативная гражданская служба - особый вид трудовой деятельности в интересах общества и государства, осуществляемой гражданами взамен военной службы по призыву. Гражданин имеет право на замену военной службы по призыву альтернативной гражданской службой в случаях, если:

<1> СЗ РФ. 2002. N 30. Ст. 3030.

несение военной службы противоречит его убеждениям или вероисповеданию;

он относится к коренному малочисленному народу, ведет традиционный образ жизни, осуществляет традиционное хозяйствование и занимается традиционными промыслами (**ст. 2**);

3) граждане, подлежащие призыву на военную службу (направляемые на альтернативную гражданскую службу).

Согласно **ст. 22** Федерального закона от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" <1> призыву на военную службу подлежат граждане мужского пола в возрасте от 18 до 27 лет, состоящие на воинском учете или не состоящие, но обязанные состоять на воинском учете и не пребывающие в запасе.

<1> СЗ РФ. 1998. N 13. Ст. 1475.

На военную службу не призываются граждане, которые освобождены от исполнения воинской обязанности, призыва на военную службу, граждане, которым предоставлена отсрочка от призыва на военную службу, а также граждане, не подлежащие призыву на военную службу. Решение о призыве граждан на военную службу может быть принято только после достижения ими возраста 18 лет.

В соответствии со **ст. 3** Федерального закона об альтернативной гражданской службе на альтернативную гражданскую службу направляются граждане мужского пола в возрасте от 18 до 27 лет, которые не пребывают в запасе, имеют право на замену военной службы по призыву альтернативной гражданской службой, лично подали заявление в военный комиссариат о желании заменить военную службу по призыву альтернативной гражданской службой и в отношении которых призывной комиссией принято соответствующее решение;

4) граждане, поступающие на военную службу или приравненную к ней службу по контракту. Согласно **ст. 32** Федерального закона о воинской обязанности контракт о прохождении военной службы

заключается между гражданином (иностранным гражданином) и от имени Российской Федерации - Министерством обороны РФ или иным федеральным органом исполнительной власти, в котором настоящим Федеральным [законом](#) предусмотрена военная служба, письменно. Указом Президента РФ от 16.09.1999 N 1237 <1> определены [порядок](#) заключения контракта, а также его типовая [форма](#).

<1> СЗ РФ. 1999. N 38. Ст. 4534.

Соответствующие нормы уже знакомы законодательству об охране здоровья и были представлены в [ст. 25](#) Основ законодательства 1993 г., однако в рамках комментируемой [статьи](#) значительно дополнены и конкретизированы с учетом современных правил о военной службе.

[Часть 1 комментируемой статьи](#) закрепляет право военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы.

Экспертизу осуществляет военно-врачебная комиссия. Результаты военно-врачебной экспертизы закрепляются в соответствующем заключении. В [Положении](#), утвержденном Постановлением Правительства РФ от 25.02.2003 N 123 <1>, закреплён порядок проведения военно-врачебной экспертизы (см. [комментарий к ст. 61](#) Закона).

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 25.02.2003 N 123 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе" (ред. от 28.07.2008) // СЗ РФ. 2003. N 10. Ст. 902.

Военнослужащие и приравненные к ним лица имеют право на получение медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях. Порядок получения медицинской помощи при отсутствии в ведомственных медицинских организациях отделений соответствующего профиля специалистов либо специального медицинского оборудования устанавливается Правительством РФ.

Получение медицинской помощи указанными категориями лиц осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований, которые ежегодно доводятся из федерального бюджета на эти цели федеральным органам исполнительной власти, в которых законодательством предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

Следует отметить, что военная и приравненная к ней служба - особый вид федеральной государственной службы. Ее прохождение согласно [ст. 2](#) Федерального закона о воинской обязанности осуществляется:

- 1) в Вооруженных Силах РФ и во внутренних войсках Министерства внутренних дел РФ;
- 2) в инженерно-технических, дорожно-строительных воинских формированиях при федеральных органах исполнительной власти и в спасательных воинских формированиях федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на решение задач в области гражданской обороны (воинские формирования);
- 3) в Службе внешней разведки РФ;
- 4) в органах Федеральной службы безопасности;
- 5) в органах государственной охраны и федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти РФ;
- 6) воинских подразделениях федеральной противопожарной службы и создаваемых на военное время специальных формирований.

Постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 N 911 <1> утвержден порядок оказания медицинской помощи некоторым категориям военнослужащих и членам их семей.

<1> **Постановление** Правительства РФ от 31.12.2004 N 911 "О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей" // СЗ РФ. 2005. N 2. Ст. 166.

Членам семей офицеров и лицам, находящимся у офицеров на иждивении, медицинская помощь (медицинское обслуживание) оказывается в соответствующих медицинских, военно-медицинских подразделениях, частях, учреждениях федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба (служба), за счет средств, выделяемых из федерального бюджета соответствующим федеральным органам исполнительной власти на эти цели.

Прикрепление членов семей офицеров и сотрудников на медицинское обслуживание к медицинским учреждениям федеральных органов исполнительной власти осуществляется по территориальному принципу на основании документов, подтверждающих их статус (справок кадровых органов воинских частей, учреждений, территориальных органов внутренних дел, органов безопасности, пенсионных органов, соответствующих федеральных органов исполнительной власти, военных комиссариатов о принадлежности к семье офицера или сотрудника для лиц, находящихся на иждивении, а также документа, подтверждающего совместное проживание).

Направление членов семей офицеров и сотрудников на плановое лечение в ближайшие к месту их проживания стационарные медицинские учреждения федеральных органов исполнительной власти осуществляется амбулаторно-поликлиническими учреждениями соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Направление членов семей офицеров и сотрудников на лечение в медицинские учреждения федеральных органов исполнительной власти, оказывающие специализированную и высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь, осуществляется медицинскими учреждениями федеральных органов исполнительной власти по согласованию с территориальными органами федеральных органов исполнительной власти.

На лечение членов семей сотрудников в медицинские учреждения федеральных органов исполнительной власти, оказывающие специализированную и высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь, направляют медицинские учреждения федеральных органов исполнительной власти по согласованию с территориальными органами федеральных органов исполнительной власти.

При амбулаторном лечении лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются членам семей сотрудников аптеками медицинских учреждений федеральных органов исполнительной власти, расположенными в гарнизонах, при отсутствии в них аптечных учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения за плату по розничным ценам. Исключением являются случаи, когда в соответствии с федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами РФ плата за лекарства с указанных лиц не взимается.

Следует отметить, что в отношении изготовления и ремонта зубных протезов для членов семей сотрудников льгот не предусмотрено. Такая медицинская помощь в медицинских учреждениях федеральных органов исполнительной власти оказывается на тех же условиях, что и для других граждан в учреждениях здравоохранения, если иное не предусмотрено федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами РФ.

Федеральными органами исполнительной власти, в которых законодательством предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, устанавливаются особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами.

Так, в настоящее время особенности организации медицинской помощи для своих сотрудников установлены:

ФСНН России ([Приказ](#) ФСНН России от 12.05.2008 N 162 "Об утверждении Инструкции по организации медицинского обеспечения в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ") <1>;

<1> БНА ФОИВ. 2008. N 27.

ГУСП ([Приказ](#) ГУСП от 14.01.2011 N 1 "Об организации оказания медицинской помощи в военно-медицинских подразделениях Службы специальных объектов при Президенте Российской Федерации") <1>;

<1> Российская газета. 2011. N 32.

ФСО России ([Приказ](#) Министра обороны РФ N 538, ФСО России N 536 от 22.10.2008 "Об организации медицинского обеспечения подразделений федеральных органов государственной охраны") <1>;

<1> БНА ФОИВ. 2009. N 7.

Минобороны России ([Приказ](#) министра обороны РФ от 16.01.2006 N 20 "Об организации оказания медицинской помощи в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях Министерства обороны Российской Федерации") <1>;

<1> Военный железнодорожник. 2006. N 11.

ФАПСИ России ([Приказ](#) ФАПСИ России N 71, Минздрава России N 104 от 09.04.1997 "Об утверждении Инструкции о порядке оказания медицинской помощи военнослужащим федеральных органов правительственной связи и информации в учреждениях здравоохранения и проведения финансовых расчетов с этими учреждениями за оказанную медицинскую помощь").

Право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной службе или приравненной к ней службе, имеют граждане в случаях:

постановки их на воинский учет;

призыва или поступления на военную службу или приравненную к ней службу по контракту;

поступления в военные образовательные учреждения профессионального образования;

призыва на военные сборы;

направления на альтернативную гражданскую службу.

Особенности охраны здоровья военнослужащих и приравненных к ним лиц, а также отдельных категорий граждан, проходящих военную службу или приравненную к ней службу в федеральных органах исполнительной власти, определяются законодательством РФ, регламентирующим деятельность этих органов.

Статья 26. Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи

Комментарий к [статье 26](#)

К лицам, имеющим в соответствии с законодательством право на охрану здоровья, относятся:

- 1) лица, задержанные, заключенные под стражу;
- 2) лица, отбывающие наказание в виде:

ограничения свободы,

ареста,

лишения свободы,

административного ареста.

Указанные лица имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с законодательством РФ.

Комментируемая [статья](#) не является новой для законодательства об охране здоровья, поскольку правовое регулирование лиц, к которым применяются меры государственного принуждения, осуществлялось [ст. 26](#) Основ законодательства 1993 г.

Организация Объединенных Наций разработала Минимальные стандартные [правила](#) обращения с заключенными (Женева, 30.08.1955), которые могут быть использованы как рекомендации, ориентированные на рациональную практику и положительный опыт в области обращения с заключенными и управления соответствующими заведениями.

Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период из числа указанных лиц имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства.

Следует отметить, что ранее действовавшее законодательство предусматривало создание детских яслей с квалифицированным персоналом в случаях, когда предусматривалось совместное содержание матерей и детей в возрасте до одного года. Теперь данные нормы изъяты из законодательства, хотя в большей степени отвечали международным стандартам содержания осужденных лиц.

По общему правилу оказание медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, осуществляется непосредственно в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Согласно [ст. 5](#) Закона РФ от 21.07.1993 N 5473-1 "Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы" <1> уголовно-исполнительная система включает:

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 33. Ст. 1316.

- 1) учреждения, исполняющие наказания;
- 2) территориальные органы уголовно-исполнительной системы;

3) федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных

(ФСИН России).

В уголовно-исполнительную систему по решению Правительства РФ могут входить следственные изоляторы, предприятия, специально созданные для обеспечения деятельности уголовно-исполнительной системы, научно-исследовательские, проектные, лечебные, учебные и иные учреждения. В основном речь идет об учреждениях, исполняющих наказания. Согласно [ст. 16](#) УИК РФ наказание исполняется в виде:

1) принудительных работ - исправительным центром;

2) ареста - арестным домом;

3) лишения свободы - колонией-поселением, воспитательной колонией, лечебным исправительным учреждением, исправительной колонией общего, строгого или особого режима либо тюрьмой, следственным изолятором;

4) пожизненного лишения свободы - исправительной колонией особого режима для осужденных, отбывающих пожизненное лишение свободы.

При невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций. Проведение консультаций обеспечивается за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных.

Согласно [Указу](#) Президента РФ от 13.10.2004 N 1314 <1> федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных, является Федеральная служба исполнения наказаний (ФСИН России). Порядок проведения соответствующих консультаций определяется Правительством РФ.

<1> [Указ](#) Президента РФ от 13.10.2004 N 1314 "Вопросы Федеральной службы исполнения наказаний" (ред. от 14.05.2010) // СЗ РФ. 2004. N 42. Ст. 4109.

При оказании медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы осуществляется охрана врачей-специалистов, иных медицинских работников, персонала учреждений, а также при необходимости круглосуточное наблюдение. Охрана и наблюдение осуществляются в порядке, установленном ФСИН России.

Как и в ранее действовавшем законодательстве, комментируемым [Законом](#) установлен запрет на использование осужденных в качестве объекта для испытания новых методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, а также лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств.

В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании расторгается.

Порядок организации оказания медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, осужденным лицам устанавливается законодательством РФ, в том числе нормативными правовыми актами ФСИН России, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящий период в данной сфере действуют следующие документы:

[Порядок](#) организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу (утвержден совместным Приказом Минздрава России и Минюста

России от 17.10.2005 N 640/190 <1>);

<1> БНА ФОИВ. 2005. N 46.

[Правила](#) медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, и [Перечень](#) заболеваний, препятствующих отбыванию наказания (утверждены Постановлением Правительства РФ от 06.02.2004 N 54 <1>);

<1> СЗ РФ. 2004. N 7. Ст. 524.

[Правила](#) обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (утверждены Постановлением Правительства РФ от 28.02.1996 N 221 <1>).

<1> СЗ РФ. 1996. N 12. Ст. 1112.

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 27](#)

Обязанности граждан в сфере охраны здоровья в законодательстве на федеральном уровне закреплены впервые. Отметим, что [Основы законодательства](#) 1993 г. в качестве отдельной нормы не предусматривали обязанности граждан, отдавая приоритет обязанностям медицинских работников в силу известной направленности здравоохранительного законодательства. В рамках комментируемого [Закона](#) за гражданами в рассматриваемой сфере закреплены следующие обязанности.

1. Граждане должны заботиться о сохранении своего здоровья. Как представляется, эта общая нормативная установка имеет перспективную воспитательную цель и должна подкрепляться в том числе пропагандой здорового образа жизни.

2. В предусмотренных законодательством случаях граждане обязаны проходить медицинские осмотры, при наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Здесь имеется в виду ряд конкретных обязанностей, установленных в нормах действующего законодательства. Так, Трудовой кодекс РФ 2001 г. ([ст. 213](#)) обязывает работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры (обследования).

В свою очередь, работники организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических и детских учреждений, а также некоторых других работодателей проходят указанные медицинские осмотры (обследования) в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

Согласно [ст. 34](#) Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения 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.

Соответствующие обязанности по прохождению обязательного медицинского осмотра возложены на

работников, занятых на работах, которые связаны с изготовлением и оборотом пищевых продуктов, оказанием услуг в сфере розничной торговли пищевыми продуктами, материалами и изделиями и сфере общественного питания и при выполнении которых осуществляются непосредственные контакты работников с пищевыми продуктами, материалами и изделиями (п. 1 ст. 23 Федерального закона "О качестве и безопасности пищевых продуктов").

Что касается вопросов обязанности прохождения медицинских обследований и лечения, а также профилактики заболеваний, то в качестве примера можно привести обязанность периодического проведения профилактических медицинских осмотров в целях выявления туберкулеза (ст. 8 Федерального закона от 18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" <1>). Постановлением Правительства РФ от 25.12.2001 N 892 <2> определены [порядок](#) и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза.

<1> СЗ РФ. 2001. N 26. Ст. 2581.

<2> [Постановление](#) Правительства РФ от 25.12.2001 N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (ред. от 30.12.2005) // СЗ РФ. 2001. N 53 (ч. II). Ст. 5185.

3. При нахождении на лечении граждане обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Режим лечения определяется медицинским работником индивидуально с учетом общего состояния здоровья, наличия конкретного заболевания у гражданина. При этом правила поведения пациентов в медицинских организациях в большинстве случаев определяются распорядком дня конкретного медицинского учреждения на уровне локальных нормативных актов организации.

По сути, обозначенные выше нормативные положения направлены на упорядочение системы здравоохранения. Несомненно, что реализации прав граждан в сфере здоровья должно способствовать ответственное поведение каждого индивида, исключающее какие-либо умышленные действия, направленные на причинение вреда своему организму.

Следует сказать, что подобная норма не носит карательного характера, поскольку не предусматривает санкций в отношении граждан. Основная ее смысловая нагрузка заключается в закреплении приоритета принципа ответственного поведения граждан к своему здоровью и здоровью своих детей.

Статья 28. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 28](#)

Комментируемая [статья](#) посвящена основам реализации прав граждан на создание общественных объединений по защите своих прав в сфере охраны здоровья, в частности содержит идеи-принципы данных объединений.

Во-первых, закреплён принцип добровольности формирования общественных объединений. Представляется, что указанный принцип в контексте данной нормы следует рассматривать более широко и включать в его содержание добровольность не только создания объединения, но и участия в нём. Последнее право также подразумевает возможность и свободного выхода из объединения, если оно имеет формальный характер. Указанные грани раскрываемого понятия "добровольной основы формирования" отражают транспарентность (открытость) работы объединения.

Право на объединения граждан по различным основаниям и сферам деятельности является одним из основных (базовых) гражданских прав и признается международным правом в качестве неотъемлемого элемента правосубъектности человека и гражданина.

Согласно Международному пакту о гражданских и политических правах <1> каждый человек имеет право на свободу ассоциаций с другими, включая право создавать профсоюзы и вступать в них для защиты своих интересов (ч. 1 ст. 22). По Всеобщей декларации прав человека никто не может быть принужден вступать в какую-либо ассоциацию (ч. 2 ст. 20).

<1> Международный пакт от 16.12.1966 "О гражданских и политических правах" // Бюллетень Верховного Суда РФ. 1994. N 12.

Свобода деятельности общественных объединений, ее гарантирование, как и ограничение, также осуществляются согласно принципам и нормам международного права.

Пользование правом на свободу ассоциации не подлежит никаким ограничениям, кроме тех, которые предусматриваются законом и которые необходимы в демократическом обществе в интересах государственной или общественной безопасности, общественного порядка, охраны здоровья и нравственности населения, для защиты прав и свобод других лиц. Возможно лишь введение законных ограничений пользования этим правом для лиц, входящих в состав вооруженных сил и полиции (ч. 2 ст. 22 Международного пакта о гражданских и политических правах).

Конституция РФ, основываясь на нормах международного права, гласит: "Каждый имеет право на объединение, включая право создавать профессиональные союзы для защиты своих интересов. Свобода деятельности общественных объединений гарантируется. Никто не может быть принужден к вступлению в какое-либо объединение или пребыванию в нем" (ст. 30).

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях" <1> общественное объединение является одной из форм некоммерческой организации.

<1> СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 145.

В свою очередь, некоммерческой организацией является организация, не имеющая извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющая полученную прибыль между участниками.

Цели деятельности некоммерческих организаций различны. Они могут создаваться для достижения социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей, в целях охраны здоровья граждан, развития физической культуры и спорта, удовлетворения духовных и иных нематериальных потребностей граждан, защиты прав, законных интересов граждан и организаций, разрешения споров и конфликтов, оказания юридической помощи, а также в иных целях, направленных на достижение общественных благ.

Законодательство о некоммерческих организациях дает достаточно широкую трактовку общественной организации (объединения), понимая под ней добровольное объединение граждан, в установленном законом порядке объединившихся на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей.

Однако общественные объединения по сравнению с иными некоммерческими организациями обладают значительной спецификой, действуя в основном в сфере публичного права, обеспечивая реализацию конституционного права на объединение, относящегося к политическим правам и не всегда требующего наличия имущества для его осуществления. Кроме того, и организационные формы реализации политического права не могут полностью совпадать с формами приобретения, отчуждения и управления имуществом, предусмотренными для некоммерческих организаций - юридических лиц, тем более что важнейшая особенность общественного объединения - возможность легального существования без прав юридического лица.

Уточненную формулировку природы общественного объединения как специальной некоммерческой организации по отношению к общей терминологии дает ст. 5 Федерального закона от 19.05.1995 N 82-ФЗ

"Об общественных объединениях" <1>. Согласно указанной норме под общественным объединением понимается добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения.

<1> СЗ РФ. 1995. N 21. Ст. 1930.

Общественные объединения могут создаваться в одной из следующих организационно-правовых форм (ст. 7):

общественная организация;
общественное движение;
общественный фонд;
общественное учреждение;
орган общественной самодеятельности;
политическая партия.

По мнению экспертов ООН, обеспечение участия людей в принятии решений, которые непосредственно затрагивают их интересы, - важнейший принцип демократии. В этом отношении организации инвалидов являются выразителями нужд своих членов. В России общественные организации имеют многолетнюю историю. Представители общественных организаций входят в Межведомственную комиссию по реабилитации инвалидов, подчиненную заместителю Председателя Правительства, где обсуждаются ключевые решения в отношении прав граждан в сфере здравоохранения.

Следует учесть, что комментируемая [статья](#) предусматривает ряд содержательных элементов правового статуса объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья. Фактически законом закреплены специальные по отношению к общему правовому статусу некоммерческой организации права и ограничения данного объединения, имеющие к тому же отчасти функциональный характер.

Как следует из положений рассматриваемой [статьи](#), объединения вправе принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.

В свою очередь, [Законом](#) на объединения наложены специальные ограничения, связанные с их непосредственной деятельностью. Так, объединения не вправе осуществлять рекламу конкретных торговых наименований лекарственных препаратов, биологически активных добавок, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания и заменителей грудного молока.

Деятельность общественных организаций основывается на принципах добровольности, равноправия, самоуправления и законности. Они свободны в определении своей внутренней структуры, целей, форм и методов своей деятельности. Их деятельность должна быть гласной, а информация об их учредительных и программных документах - общедоступной.

Для осуществления уставных целей общественная организация, являющаяся юридическим лицом, имеет право:

свободно распространять информацию о своей деятельности; участвовать в выработке решений органов государственной власти и органов местного самоуправления, касающихся вопросов социальной защиты инвалидов;

проводить собрания, митинги, демонстрации, шествия и пикетирование; учреждать средства массовой информации и осуществлять издательскую деятельность;

представлять и защищать свои права, законные интересы своих членов и участников, а также других граждан в органах государственной власти, органах местного самоуправления и общественных объединениях;

осуществлять в полном объеме полномочия, предусмотренные законами об общественных объединениях;

выступать с инициативами по различным вопросам общественной жизни, вносить предложения в органы государственной власти.

Общественная организация, являющаяся юридическим лицом, может иметь в собственности земельные участки, здания, строения, сооружения, жилищный фонд, транспорт, оборудование, инвентарь, имущество культурно-просветительного и оздоровительного назначения, денежные средства, акции, другие ценные бумаги и иное имущество, необходимое для материального обеспечения деятельности этого общественного объединения, указанной в его уставе. В собственности могут также находиться учреждения, издательства, средства массовой информации, создаваемые и приобретаемые за счет средств данной общественной организации в соответствии с ее уставными целями.

Собственниками имущества являются общественные организации, обладающие правами юридического лица. Каждый отдельный член общественной организации не имеет права собственности на долю имущества, принадлежащего общественной организации.

Общественные организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению уставных целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям. В собственности общественных объединений инвалидов могут находиться предприятия, учреждения, организации, хозяйственные товарищества и общества, здания, сооружения, оборудование, транспорт, жилищный фонд, интеллектуальные ценности, денежные средства, паи, акции и ценные бумаги, а также любое иное имущество и земельные участки в соответствии с законодательством РФ.

Общественные организации создаются по инициативе их учредителей - не менее 3 физических лиц. Учредители данных объединений автоматически становятся их членами, приобретая соответствующие права и обязанности.

Решения о создании общественной организации, об утверждении ее устава и о формировании руководящих и контрольно-ревизионного органов принимаются на съезде (конференции) или общем собрании. С момента своего создания общественная организация осуществляет свою уставную деятельность, приобретает права, за исключением прав юридического лица, принимает на себя обязанности.

Правоспособность общественной организации как юридического лица возникает с момента государственной регистрации в органе юстиции.

Учредителями, членами и участниками общественной организации могут быть граждане, достигшие 18 лет. Не может быть учредителем (участником, членом) некоммерческой организации:

1) иностранный гражданин или лицо без гражданства, в отношении которых в установленном законодательством РФ порядке принято решение о нежелательности их пребывания (проживания) в Российской Федерации. В соответствии с [Положением](#), утвержденным Постановлением Правительства РФ от 07.04.2003 N 199 <1> решение о нежелательности пребывания принимается федеральными органами исполнительной власти (МВД России, ФСБ России, Минобороны России, Минздравсоцразвития России, Росфинмониторинг, СВР России, Минюст России, МИД России, ФМС России, ФСКН России) в срок не более 1 месяца со дня представления материалов, подтверждающих нежелательность пребывания соответствующего лица, которое в случае принятия решения о нежелательности пребывания информируется об этом, если оно пребывает (проживает) на территории РФ.

<1> СЗ РФ. 2003. N 15. Ст. 1369.

Федеральный орган исполнительной власти, принявший решение о нежелательности пребывания, направляет в федеральный орган исполнительной власти, ведающий вопросами безопасности, представление для ведения учета лиц, которым въезд в Российскую Федерацию не разрешен;

2) лицо, включенное в перечень в соответствии с п. 2 ст. 6 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) денежных средств, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" <1>. В данном случае имеется в виду лицо, в отношении которого имеются сведения о его причастности к экстремистской деятельности или терроризму, либо юридическое лицо, прямо или косвенно находящееся в собственности или под контролем таких организации или лица, либо физическое или юридическое лицо, действующее от имени или по указанию таких организации или лица. [Постановлением](#) Правительства РФ от 18.01.2003 N 27 <2> утвержден порядок определения такого перечня организаций и физических лиц;

<1> СЗ РФ. 2001. N 33 (ч. I). Ст. 3418.

<2> СЗ РФ. 2003. N 4. Ст. 329.

3) общественное объединение или религиозная организация, деятельность которых приостановлена в соответствии со [ст. 10](#) Федерального закона от 25.07.2002 N 114-ФЗ "О противодействии экстремистской деятельности" <1>;

<1> СЗ РФ. 2002. N 30. Ст. 3031.

Приостановление деятельности допускается, если эта деятельность носит экстремистский характер и повлекла нарушение прав и свобод человека и гражданина, причинение вреда личности, здоровью граждан, окружающей среде, общественному порядку, общественной безопасности, собственности, законным экономическим интересам физических и (или) юридических лиц, обществу и государству или создает реальную угрозу причинения такого вреда;

4) лицо, в отношении которого вступившим в законную силу решением суда установлено, что в его действиях содержатся признаки экстремистской деятельности;

5) лицо, которое не соответствует предъявляемым к учредителям (участникам, членам) некоммерческой организации требованиям федеральных законов, определяющих правовое положение, порядок создания, деятельности, реорганизации и ликвидации некоммерческих организаций отдельных видов.

Правоспособность объединений инвалидов, т.е. способность иметь права и нести обязанности ([ст. 49](#) ГК РФ) в качестве юридического лица, возникает с момента государственной регистрации.

Устав как главный учредительный документ любой общественной организации должен предусматривать ряд обязательных сведений. Устав общественной организации может содержать описание символики данного объединения.

В уставе могут предусматриваться и иные положения, относящиеся к деятельности общественной организации, не противоречащие законам.

Для приобретения прав юридического лица общественная организация подлежит государственной регистрации в соответствии с Федеральным [законом](#) от 08.08.2001 N 129-ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей" <1>.

<1> СЗ РФ. 2001. N 33 (ч. I). Ст. 3431.

Действия по государственной регистрации юридических лиц проводятся уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и осуществляются путем внесения в государственные реестры сведений о создании, реорганизации и ликвидации юридических лиц, иных сведений о юридических лицах в соответствии с [Законом](#).

Общие правила закреплены в [ст. ст. 8 - 11](#) Закона о государственной регистрации. Она осуществляется в срок не более чем 5 рабочих дней со дня представления документов в регистрирующий орган.

Государственная регистрация юридического лица осуществляется по месту нахождения указанного учредителями в заявлении о государственной регистрации постоянно действующего исполнительного органа, в случае отсутствия такого исполнительного органа - по месту нахождения иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности.

Моментом государственной регистрации юридического лица в соответствии с [Законом](#) о государственной регистрации признается внесение регистрирующим органом соответствующей записи в соответствующий государственный реестр ([п. 2 ст. 11](#)).

Регистрирующий орган не позднее одного рабочего дня с момента государственной регистрации выдает (направляет) заявителю документ ([свидетельство](#) о государственной регистрации юридического лица по форме N Р51001 <1>), подтверждающий факт внесения записи в соответствующий государственный реестр.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 19.06.2002 N 439 "Об утверждении форм и требований к оформлению документов, используемых при государственной регистрации юридических лиц, а также физических лиц в качестве индивидуальных предпринимателей" // СЗ РФ. 2002. N 26. Ст. 2586.

Согласно [ст. 13.1](#) Федерального закона от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях" решение о государственной регистрации (об отказе в государственной регистрации) некоммерческой организации принимается федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в сфере регистрации некоммерческих организаций (уполномоченный орган), или его территориальным органом. Таковым органом выступают Министерство юстиции РФ и соответственно его территориальные органы на основании [Указа](#) Президента РФ от 13.10.2004 N 1313, определяющего вопросы Минюста России.

При принятии соответствующего решения Минюст России руководствуется [Административным регламентом](#) <1>, определяющим порядок предоставления государственной услуги по принятию решения о государственной регистрации некоммерческих организаций.

<1> [Приказ](#) Минюста России от 30.12.2011 N 455 "Об утверждении Административного регламента предоставления Министерством юстиции Российской Федерации государственной услуги по принятию решения о государственной регистрации некоммерческих организаций" // Российская газета. 2012. N 58.

В соответствии со [ст. 2](#) Федерального закона "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей" государственная регистрация осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (регистрирующим органом).

Уполномоченным органом в соответствии с [Постановлением](#) Правительства РФ от 30.09.2004 N 506, осуществляющим функции по государственной регистрации юридических лиц и ведению единого реестра, является Федеральная налоговая служба.

Для государственной регистрации некоммерческой организации в уполномоченный орган или его территориальный орган не позднее чем через три месяца со дня принятия решения о создании такой организации представляются следующие документы:

1) заявление, подписанное уполномоченным лицом, с указанием его фамилии, имени, отчества, места жительства и контактных телефонов;

- 2) учредительные документы некоммерческой организации в трех экземплярах;
- 3) решение о создании некоммерческой организации и об утверждении ее учредительных документов с указанием состава избранных (назначенных) органов в двух экземплярах;
- 4) сведения об учредителях в двух экземплярах;
- 5) документ об уплате государственной пошлины;
- 6) сведения об адресе (о месте нахождения) постоянно действующего органа некоммерческой организации, по которому осуществляется связь с некоммерческой организацией;
- 7) при использовании в наименовании некоммерческой организации личного имени гражданина, символики, защищенной законодательством РФ об охране интеллектуальной собственности или авторских прав, а также полного наименования иного юридического лица как части собственного наименования - документы, подтверждающие полномочия на их использование.

Общественной организации может быть отказано в государственной регистрации, если:

- 1) устав общественной организации противоречит **Конституции** РФ и законодательству РФ;
- 2) необходимые для государственной регистрации документы представлены не полностью, либо оформлены в ненадлежащем порядке, либо представлены в ненадлежащий орган;
- 3) выступившее в качестве учредителя общественной организации лицо не может быть учредителем;
- 4) ранее зарегистрированная общественная организация с тем же наименованием осуществляет свою деятельность в пределах той же территории;
- 5) установлено, что в представленных учредительных документах содержится недостоверная информация;
- 6) наименование общественной организации оскорбляет нравственность, национальные и религиозные чувства граждан.

Решение об отказе в государственной регистрации или о приостановлении государственной регистрации некоммерческой организации должно быть принято не позднее чем через четырнадцать рабочих дней со дня получения представленных документов.

В случае отказа в государственной регистрации или приостановления государственной регистрации некоммерческой организации заявителю сообщается об этом в письменной форме в течение 3 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения с указанием предусмотренных соответствующей статьей оснований, вызвавших отказ в государственной регистрации или приостановление государственной регистрации некоммерческой организации.

Отказ в государственной регистрации:

организации по мотивам нецелесообразности ее создания не допускается;

общественного объединения не является препятствием для повторной подачи документов на государственную регистрацию при условии устранения оснований, повлекших отказ. Рассмотрение повторного обращения в Минюст России или его территориальный орган и вынесение по этому обращению решения о государственной регистрации производятся в том же порядке;

некоммерческой организации может быть обжалован в вышестоящий орган или в суд.

Глава 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 29. Организация охраны здоровья

Комментарий к [статье 29](#)

Данная [статья](#) устанавливает перечень направлений деятельности и мероприятий, осуществляемых в рамках организации охраны здоровья граждан, а также действующей системе здравоохранения.

Следует отметить, что Основы законодательства 1993 г. содержали [разд. III](#) "Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации". При этом содержательная нагрузка данного раздела существенно отличается от положений, закрепленных в [гл. 5](#) комментируемого Закона. Прежде всего Основы раскрывали систему здравоохранения и не содержали конкретных организационных направлений. Предусмотренные же в названном [Закоме](#) мероприятия максимально приближены к деятельности, обеспечивающей охрану здоровья граждан, и в большей степени отвечают современным потребностям реализации государственной политики в сфере здравоохранения. Конструктивно комментируемая [статья](#) органично включает элементы современной системы здравоохранения, а также перечень мероприятий, которые следует рассмотреть.

1. Государственное регулирование в сфере охраны здоровья, в том числе нормативное правовое регулирование.

В соответствии с [Постановлением](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 <1> Минздравсоцразвития России является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

<1> СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2898.

В рамках реализации нормотворческой инициативы министерство вносит в Правительство РФ проекты федеральных законов, нормативных правовых актов Президента РФ и Правительства РФ и другие документы, по которым требуется решение Правительства РФ, по вопросам, относящимся к установленной сфере ведения министерства.

Для обеспечения выполнения возложенных задач Минздравсоцразвития России принимает нормативные акты, в частности, основные из которых являются приказами по различным аспектам здравоохранения. К таким нормативным документам можно отнести, например, Приказы Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 [N 415н](#) "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения" <1>, от 01.11.2011 [N 1314н](#) "Об утверждении Административного регламента исполнения государственной функции контроля за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты" <2> и т.п.

<1> Российская газета. 2009. N 158.

<2> Российская газета. 2012. N 14.

2. Разработка и осуществление мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения.

Указом Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 <1> утверждена [Концепция](#) демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. В рамках Концепции решение задач по укреплению здоровья населения, созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни включает в том числе создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития.

<1> [Указ](#) Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года" // СЗ РФ. 2007. N 42. Ст. 5009.

В свою очередь, Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 N 280 утверждена Федеральная целевая [программа](#) "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)" <1>, в которой предусматривается осуществить комплекс взаимоувязанных мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации при социально значимых заболеваниях на протяжении всего срока реализации программы.

<1> СЗ РФ. 2007. N 21. Ст. 2506.

Программные мероприятия предполагают скоординированное выполнение комплекса взаимоувязанных по срокам, ресурсам, исполнителям и результатам мероприятий. В рамках [программы](#) обеспечивается поддержка перспективных исследований и разработок.

Программа включает [подпрограммы](#) "Сахарный диабет", "Туберкулез", "ВИЧ-инфекция", "Онкология", "Инфекции, передаваемые половым путем", "Вирусные гепатиты", "Психические расстройства", "Артериальная гипертензия", "Вакцинопрофилактика".

Конкретные мероприятия по профилактике социально значимых болезней предусмотрены в обозначенных подпрограммах. Так, в рамках [подпрограммы](#) "Артериальная гипертензия" предусматриваются:

разработка современных медицинских профилактических технологий для групп высокого риска по развитию сердечно-сосудистых осложнений;

разработка современных методов профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертензии и ее осложнений;

разработка научно обоснованных программ по организации восстановительного лечения больных инсультом и острым инфарктом миокарда;

создание эффективной системы профилактики артериальной гипертензии и ее осложнений;

создание системы контроля за ходом выполнения мероприятий по профилактике и лечению артериальной гипертензии;

совершенствование системы государственного регистра больных артериальной гипертензией;

совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации больных артериальной гипертензией.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни населения представляют различные направления. Согласно [Приказу](#) Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 597н <1> формирование здорового образа жизни - это комплекс мероприятий, направленных:

на сохранение здоровья;

на пропаганду здорового образа жизни;

на мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье;

на разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни;

на борьбу с факторами риска развития заболеваний;

просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления
алкоголем;

на предотвращение социально значимых заболеваний;

на увеличение продолжительности активной жизни.

3. Организация оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями.

Реализация данных мероприятий обеспечивается комплексом взаимосвязанных мер, имеющих
различный характер. Например, в настоящее время Минздравсоцразвития России определены [Порядок](#)
оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях
системы кровообращения кардиологического профиля <1>, [Порядок](#) оказания медицинской помощи
больным дерматовенерологического профиля и больным лепрой <2>, [Порядок](#) оказания медицинской
помощи онкологическим больным <3>, [Порядок](#) организации оказания специализированной медицинской
помощи <4> и т.п.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 599н "Об утверждении Порядка оказания
плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы
кровообращения кардиологического профиля" (ред. от 28.04.2011) // Российская газета. 2009. N 183.

<2> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 N 151н "Об утверждении Порядка оказания
медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля и больным лепрой (ред. от
29.09.2011) // Российская газета. 2010. N 138.

<3> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 N 944н "Об утверждении Порядка оказания
медицинской помощи онкологическим больным" // Российская газета. 2009. N 245.

<4> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 N 243н "Об организации оказания
специализированной медицинской помощи" // Российская газета. 2010. N 138.

4. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Основным нормативным актом, направленным на решение организационных вопросов в
установленной сфере, является Федеральный [закон](#) от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О
санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

В рамках организации охраны здоровья Законом предусмотрены:

организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий <1>
(ст. 29);

<1> Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия подлежат включению в
разрабатываемые федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения,
обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

санитарная охрана территории РФ (ст. 30);

ограничительные мероприятия (карантин) (ст. 31);

производственный контроль (ст. 32);

меры в отношении больных инфекционными заболеваниями (ст. 33);

обязательные медицинские осмотры (ст. 34);

профилактические прививки (ст. 35);

гигиеническое воспитание и обучение (ст. 36).

В свою очередь, государственное регулирование в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия осуществляется посредством:

государственного санитарно-эпидемиологического нормирования (ст. 37);

разработки санитарных правил (ст. 38);

лицензирования отдельных видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека (ст. 40);

обязательного подтверждения соответствия отдельных видов продукции (ст. 41);

проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и иные виды оценок (ст. 42);

государственной регистрации веществ и продукции (ст. 43);

федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ст. 44);

социально-гигиенического мониторинга (ст. 45).

5. Обеспечение определенных категорий граждан РФ лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством РФ.

Законодательством с учетом особенностей труда и состояния здоровья для определенных категорий лиц предусмотрены специальные условия обеспечения лекарствами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания.

Среди документов, обеспечивающих реализацию данного права для соответствующих категорий граждан, можно выделить:

Правила обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях (Постановление Правительства РФ от 27.12.2004 N 856) <1>;

<1> СЗ РФ. 2004. N 52 (ч. II). Ст. 5520.

Правила бесплатного обеспечения лекарственными средствами граждан, занятых на работах с химическим оружием, и граждан, получивших профессиональные заболевания в результате проведения работ с химическим оружием (Постановление Правительства РФ от 28.01.2002 N 66) <1>;

<1> СЗ РФ. 2002. N 5. Ст. 532.

Порядок и нормы льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения инвалидов войны и других групп населения в соответствии с Федеральным законом "О

ветеранах" (Постановление Правительства РФ от 17.07.1995 N 710) <1>;

<1> СЗ РФ. 1995. N 30. Ст. 2938.

Порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан (Приказ Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 N 328) <1>.

<1> БНА ФОИВ. 2005. N 7.

Особое значение имеет финансовая составляющая обеспечения гарантий предоставления соответствующей государственной социальной помощи в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания. В частности, в соответствии с Федеральным **законом** от 30.11.2011 N 357-ФЗ <1> на 2012 г. для детей-инвалидов норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина составляет 604 рубля.

<1> Федеральный **закон** от 30.11.2011 N 357-ФЗ "О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2012 год" // СЗ РФ. 2011. N 49 (ч. I). Ст. 7035.

6. Управление деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования.

Государственное регулирование в сфере охраны здоровья - деятельность государства в лице его органов, направленная на реализацию государственной политики в сфере охраны здоровья, - осуществляется в целях как обеспечения реализации публичных интересов общества и государства, так и создания наилучших условий для развития системы здравоохранения.

Саморегулирование в сфере охраны здоровья осуществляется в соответствии с положениями Федерального закона от 01.12.2007 N 315-ФЗ "О саморегулируемых организациях" <1>, которым урегулированы отношения, возникающие в связи с приобретением и прекращением статуса саморегулируемых организаций, деятельностью саморегулируемых организаций, объединяющих субъектов предпринимательской или профессиональной деятельности, осуществлением взаимодействия саморегулируемых организаций и их членов, потребителей произведенных ими товаров (работ, услуг), федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления (**ст. 1**).

<1> СЗ РФ. 2007. N 49. Ст. 6076.

Под саморегулированием понимается самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил (**ст. 2**).

В принципе, суть саморегулирования состоит в передаче государством функций по установлению норм и правил поведения в определенной сфере предпринимательской или профессиональной деятельности особому субъекту - саморегулируемой организации. Они обладают двойственной правовой природой: с одной стороны, это некоммерческие организации, и регистрируются они в порядке, предусмотренном **ст. 13.1** Федерального закона от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях" <1>, с другой стороны, с даты включения в Единый государственный реестр саморегулируемых

организаций они приобретают особый публично-правовой статус.

<1> СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 145.

Саморегулирование позволяет решать спорные вопросы в досудебном порядке, создает климат доверия и открытости, благоприятный как для профессионального сообщества, так и для потребителей.

Перечисленные в комментируемой [статье](#) мероприятия более подробно раскрываются в положениях рассматриваемого Закона.

[Часть 2 комментируемой статьи](#) содержит общую норму, определяющую организационный принцип системы здравоохранения для охраны здоровья граждан. Как определено, организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

[Часть 3 комментируемой статьи](#) определяет структуру государственной системы здравоохранения. В этой системе в качестве самостоятельных элементов выступают федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук (РАМН).

Профильным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья является Минздравсоцразвития России, направления деятельности и полномочия которого утверждены [Постановлением](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 321.

Минздравсоцразвития осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений и федеральных государственных унитарных предприятий, а также координацию деятельности Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Помимо Минздравсоцразвития России среди перечисленных федеральных органов исполнительной власти в сфере организации охраны здоровья граждан определенное значение имеет деятельность Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор), являющейся федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 <1> утверждено [Положение](#) о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Росздравнадзор осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы <2> во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития" // СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2900.

<2> Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 N 205 утверждено [Положение](#) о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации (Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации) // БНА ФОИВ. 2004. N 52.

В рамках предоставленных в Положении о нем полномочий Росздравнадзор, в частности, осуществляет надзор за соблюдением государственных стандартов, технических условий на продукцию медицинского назначения ([5.1.1.2](#)); контроль за порядком производства медицинской экспертизы ([5.1.3.1](#));

осуществлением судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз (5.1.3.4); проведением доклинических исследований лекарственных средств, клинических исследований лекарственных препаратов, а также качеством, производством лекарственных средств, изготовлением лекарственных препаратов, хранением, перевозкой, ввозом на территорию РФ, рекламой, отпуском, реализацией, уничтожением лекарственных средств, применением лекарственных препаратов (5.1.3.5); производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения (5.1.3.6); соблюдением стандартов качества медицинской помощи (5.1.3.8); реализацией мероприятий программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (5.1.3.11).

Минздравсоцразвития России осуществляет свою деятельность непосредственно через подведомственные министерству организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

РАМН как высшая научная медицинская организация создана Указом Президента РФ от 04.01.1992 N 5 "О преобразовании Академии медицинских наук СССР в Российскую академию медицинских наук" <1> и является правопреемником Академии медицинских наук СССР, учрежденной Постановлением Совета народных комиссаров СССР от 30.06.1944 N 797.

<1> Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1992. N 3. Ст. 102.

Российская академия медицинских наук является самоуправляемой организацией, которая проводит фундаментальные и прикладные научные исследования по важнейшим проблемам в области медицинских и биологических наук, а также в смежных с ними областях науки, направленные на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека, принимает участие в координации исследований, выполняемых за счет федерального бюджета научными организациями.

Основной целью деятельности РАМН являются организация и проведение фундаментальных и прикладных (в том числе клинических) научных исследований, направленных на получение новых знаний в области медицинских и биологических наук, а также в смежных с ними областях науки о жизни, в том числе на разработку и создание перспективных технологий, направленных на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека, укрепление трудового и оборонного потенциала страны. В своей деятельности РАМН руководствуется также следующими целями:

участие в координации и кооперации научных исследований и опытно-конструкторских разработок, которые проводятся в медицинских, биологических, фармацевтических, технических и иных областях науки, обеспечивающих реализацию политики государства в сфере здравоохранения;

определение в пределах своих полномочий приоритетов развития медицинской науки и подготовки высококвалифицированных научных кадров в области медицины.

Основными задачами РАМН являются:

проведение фундаментальных и прикладных (в том числе клинических) научных исследований по важнейшим проблемам в области медицинских и биологических наук, а также в смежных с ними областях науки;

участие в координации фундаментальных исследований, выполняемых подведомственными академии организациями и финансируемых за счет средств федерального бюджета, по проблемам в области медицинских и биологических наук, а также в смежных с ними областях науки;

определение приоритетных направлений развития медицинской науки и медицинских технологий;

участие в научном обеспечении государственной политики в области охраны здоровья граждан;

научная разработка новых высокотехнологичных методов клинической и профилактической медицины;

научное обеспечение разработок лекарственных средств, включая иммунобиологические препараты, медицинской техники, изделий медицинского назначения, а также научное сопровождение развития медицинской, фармацевтической и биотехнологической промышленности России;

подготовка научных кадров высшей квалификации, в том числе через аспирантуру и докторантуру в научных организациях академии;

изучение и анализ достижений мировой науки в области медицины и биологии с целью их использования в интересах Российской Федерации;

интеграция академической и вузовской науки с целью развития и укрепления взаимодействия между наукой и практическим здравоохранением;

развитие международного научного сотрудничества, участие в международных программах и проектах, осуществление внешнеэкономической деятельности в соответствии с законодательством РФ и международными договорами Российской Федерации;

участие в экспертизе крупных научных, социальных и хозяйственных проектов и разработке программ оздоровления окружающей среды;

обеспечение организации и проведения экспертизы научных исследований;

участие в становлении и развитии наукоемких производств медицинской промышленности, развитие форм интеграции науки и производства, реализация достижений науки и техники; создание новых биомедицинских технологий;

создание и внедрение современных медицинских технологий, связанных с профилактикой, диагностикой и лечением заболеваний;

создание условий для развития научных школ, раскрытия творческого потенциала ученых России, выявление и поддержка талантливых исследователей, содействие творческому росту научной молодежи;

развитие интеграции академической и вузовской науки, участие научных организаций академии в подготовке и переподготовке специалистов с высшим образованием;

развитие материальной базы науки, обеспечение безопасных условий труда и мер социальной защиты работников Российской академии медицинских наук и подведомственных академии организаций.

К исполнительным органам государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, органам управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти относятся министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Кроме того, в зависимости от установленной структуры в качестве таковых могут выступать комитеты, департаменты, управления здравоохранения в краях, областях, автономных округах и т.д. Название государственных органов управления здравоохранением в субъектах РФ зависит от круга полномочий в решении вопросов, прописанных в конституциях (уставах) конкретных субъектов РФ.

Приказом Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 N 627 утверждена Единая **номенклатура** государственных и муниципальных учреждений здравоохранения <1>, к которым отнесены лечебно-профилактические учреждения (больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, центры, в том числе научно-практические, учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения), учреждения здравоохранения особого типа, учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, аптечные учреждения.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 N 627 "Об утверждении Единой

номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения" (ред. от 19.11.2008) // БНА ФОИВ. 2005. N 42.

Из всех учреждений здравоохранения основную и самую многочисленную группу составляют лечебно-профилактические учреждения, которые по функциональному принципу делятся на больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, центры (в том числе научно-практические), учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови, учреждения охраны материнства и детства и санаторно-курортные учреждения.

Часть 4 комментируемой статьи определяет муниципальный уровень системы здравоохранения. К нему отнесены органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации (см. выше).

В собственности муниципальных районов может находиться имущество, предназначенное для оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (п. 3 ст. 50 Федерального закона от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" <1>).

<1> СЗ РФ. 2003. N 40. Ст. 3822.

Учреждения и объекты здравоохранения, находящиеся в ведении органов государственной власти края и находящиеся на территории соответствующего города, относятся к муниципальной собственности <1>.

<1> **Постановление** ВС РФ от 27.12.1991 N 3020-1 "О разграничении государственной собственности в Российской Федерации на федеральную собственность, государственную собственность республик в составе Российской Федерации, краев, областей, автономной области, автономных округов, городов Москвы и Санкт-Петербурга и муниципальную собственность" (ред. от 24.12.1993) // Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1992. N 3. Ст. 89.

Субъектами частной системы здравоохранения выступают создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

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

Под частной фармацевтической деятельностью понимается деятельность, осуществляемая предприятиями оптовой торговли и аптечными учреждениями, принадлежащими на праве собственности любым субъектам права, за исключением государства и муниципальных образований, в сфере обращения лекарственных средств, включающая оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление лекарственных средств. Частная фармацевтическая деятельность подлежит обязательному лицензированию в соответствии с законодательством РФ <1>.

<1> Жданович Т.Г., Михеева Е.А. **Комментарий** к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (постатейный) // СПС.

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами. Данная норма позволяет относить к частной

системе здравоохранения частные организации иного профиля, например образовательные, социальные и другие, осуществляющие медицинскую деятельность.

Статья 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

Комментарий к [статье 30](#)

Следует учесть, что профилактика и здоровый образ жизни рассматриваются в совокупности как фактор обеспечения здоровья населения. При этом, если результаты профилактики зависят в основном от условий деятельности медицинских организаций и их персонала, ведение здорового образа жизни (занятие физкультурой и спортом, отказ от вредных привычек, правильное питание, соблюдение режима дня) всецело зависит от конкретного индивида. Единственная роль, которая отводится государству, общественным организациям, - содействие гражданам в создании необходимых условий для развития мотивации к сохранению своего здоровья.

Отметим, что прежнее законодательство об охране здоровья граждан не содержало самостоятельной статьи, посвященной профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни. Поэтому положения комментируемой [статьи](#) являются новеллой законодательства о здравоохранении.

Положения [ст. 12](#) рассматриваемого Закона (см. [комментарий к ней](#)), касающиеся в первую очередь способов и методов осуществления профилактических мероприятий, можно отчасти применить и к раскрытию содержательной части настоящей [статьи](#). В то же время следует обратить внимание на некоторые ее особенности, подчеркивающие самостоятельные методы профилактики инфекционных ([ч. 1](#)) и неинфекционных ([ч. 2](#)) заболеваний. Кроме того, в качестве самостоятельной нормы выделены положения, касающиеся механизмов формирования здорового образа жизни.

Итак, профилактику инфекционных заболеваний осуществляют органы государственной власти, органы местного самоуправления, работодатели, медицинские организации, общественные объединения через разработку и реализацию системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний.

На общегосударственном уровне профилактика инфекционных заболеваний осуществляется с точки зрения медицинского подхода в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней.

Отметим еще раз, что программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи принимается ежегодно. Программа определяет виды и условия оказания, а также нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу ее объема, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории РФ бесплатно.

Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 утверждена соответствующая [Программа](#) государственных гарантий на 2012 год.

Вопросы проведения иммунопрофилактики урегулированы Федеральным [законом](#) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", который устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ.

Предпосылками формирования нормативной базы в сфере иммунопрофилактики выступили объективные причины, связанные с увеличением числа случаев заболеваемости инфекционными болезнями. Осложнение эпидемиологической ситуации сопровождалось возникновением "социально значимых" заболеваний, протекающих на фоне недостаточной обеспеченности населения страны необходимыми социально-экономическими условиями жизни.

Наглядным примером может служить стремительный рост заболеваемости туберкулезом, в том числе активной формой болезни. Небывалого размаха достигла заболеваемость сифилисом и другими

инфекциями, передаваемыми половым путем. Нельзя не упомянуть связанный с ослаблением иммунопрофилактики рост заболеваемости дифтерией в конце 1980-х - начале 1990-х годов; вспышку полиомиелита в Чеченской Республике в 1995 г.; эпидемию холеры в Дагестане в 1994 г. (2435 больных и носителей вибриона), возникшую в результате завоза возбудителя из Саудовской Аравии <1>.

<1> Кирилловых А.А. [Комментарий](#) к Федеральному закону от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (постатейный). М.: Юстицинформ; Омега-Л, 2010.

Кроме того, все более возрастает роль условно-патогенных микроорганизмов, особенно в эпидемиологии внутрибольничных и многих других инфекций, а также возбудителей кишечных, легочных заболеваний.

Современные инфекционные заболевания не имеют национальных границ, возможным эпидемиям подвержена значительная часть населения земного шара. Поэтому вопросы защиты от массовых инфекционных заболеваний и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия становятся в один ряд с проблемами наднационального (глобального) масштаба.

Возникает проблема профилактики не только жителей отдельных территорий, но и медицинских работников, осуществляющих вакцинацию и последующее лечение заболеваний. Социологические опросы показывают необходимость наличия, например, специализированных учреждений, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным <1>.

<1> Иоаниди Е.А., Ягодина А.Ю., Булавинов Е.А. [Инфекционная безопасность и права пациентов](#) // Медицинское право. 2009. N 2.

Одним из инструментов влияния на практику иммунопрофилактики являются система государственных гарантий, а также контроль за проведением профилактических мероприятий.

Иммунопрофилактика - это совокупность (комплекс) мероприятий, затрагивающих вопросы прав человека, государственной политики, ответственности.

В качестве целей иммунопрофилактики являются снижение, а в перспективе - ликвидация на всей территории РФ таких заболеваний, как туберкулез, полиомиелит, дифтерия, коклюш, столбняк, корь, гепатит В, эпидемический паротит, краснуха, а также ограничение возникновения на определенных территориях и распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих (чумы, брюшного тифа, энцефалита и т.д.).

Основу решения проблемы иммунопрофилактики составляет развитие производства препаратов, создание системы государственного контроля и надзора за их качеством, гарантий доступности профилактических мероприятий определенных болезней. [Закон](#) об иммунопрофилактике определяет вопросы организации и финансирования, механизмы государственного регулирования иммунопрофилактики.

В этой связи особую значимость приобретают национальный календарь профилактических прививок и его финансовое обеспечение, комплекс мероприятий по содействию и оценке эффективности иммунопрофилактики (контроль качества иммунобиологических препаратов на этапах их производства, транспортировки, хранения и применения; подготовки кадров в соответствии с государственными образовательными стандартами; осуществления государственного статистического наблюдения за результатами иммунопрофилактики).

Иммунопрофилактика инфекционных болезней представляет собой систему мероприятий. Система - это совокупность элементов, которые связаны между собой по определенным принципам. В системе иммунопрофилактики инфекционных болезней лежит комплекс мероприятий, цель которых - предупреждение, ограничение и ликвидация инфекционных болезней.

Инфекционная болезнь - конкретная форма проявления инфекционного процесса, отражающая

степень его развития и имеющая характерные нозологические признаки. При этом инфекционные болезни - это обширная группа болезней, вызванных патогенным возбудителем. В отличие от других заболеваний инфекционные болезни могут передаваться от зараженного человека или животного здоровому (контагиозность) и способны к массовому (эпидемическому) распространению. Для инфекционных болезней характерны специфичность этиологического агента, цикличность течения и формирование иммунитета. В общей структуре заболеваний человека на инфекционные болезни приходится от 20 до 40%.

Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, - инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия).

Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 <1> утвержден [Перечень](#) заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

<1> СЗ РФ. 2004. N 49. Ст. 4916.

- 1) болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 2) вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки;
- 3) гельминтозы;
- 4) гепатит В;
- 5) гепатит С;
- 6) дифтерия;
- 7) инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- 8) лепра;
- 9) малярия;
- 10) педикулез, акариаз и другие инфекации;
- 11) скарлатина и мелииоз;
- 12) сибирская язва;
- 13) туберкулез;
- 14) холера;
- 15) чума.

Предупреждение болезней составляет комплекс защитных мероприятий, заблаговременно направленных на уменьшение риска возникновения заболеваний.

Ограничение болезней представляет собой совокупность мероприятий, блокирующих их распространение, а также поддержание возможной заболеваемости на определенном уровне, исключающем угрозу массовости заболевания.

Ликвидация болезней означает уничтожение, прекращение влияния негативных факторов, возбудителей инфекции и исключение возможности их повторного возникновения.

Иммунопрофилактика инфекционных болезней способствует устранению причин и условий, способствующих их возникновению <1>.

<1> Кирилловых А.А. [Комментарий](#) к Федеральному закону от 17 сентября 1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (постатейный). М.: Юстицинформ; Омега-Л, 2010.

Профилактика инфекционных болезней включает научные исследования в области новых медицинских иммунобиологических препаратов, государственный контроль качества эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов, обеспечение их поставок, хранения и транспортировки, проведение профилактических прививок, истребление насекомых и животных - переносчиков инфекций, изоляцию возбудителей инфекционных болезней.

Как следует из положений [Закона](#), мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний осуществляются в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Национальный календарь профилактических прививок представляет собой нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок. Нормативный акт - официальный документ, выпущенный уполномоченными органами власти в виде законов, положений, правил, постановлений.

Приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 N 51н <1> утверждены Национальный [календарь](#) профилактических прививок и [календарь](#) профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 N 51н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" // Официальные документы в образовании. 2011. N 32.

В Национальный [календарь](#) профилактических прививок включаются прививки от гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита и гриппа. Прививки осуществляются в рамках вакцинации.

В Федеральную целевую программу "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)" (утверждена Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 N 280) включена [подпрограмма](#) "Вакцинопрофилактика", целью которой является снижение уровня заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики.

Задачи [подпрограммы](#):

совершенствование методов профилактики инфекций, управляемых средствами специфической профилактики;

совершенствование методов контроля проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

совершенствование системы транспортировки вакцин;

разработка и внедрение опытных образцов новых вакцин;

строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием.

Мероприятия [подпрограммы](#) предусматривают:

строительство и реконструкцию специализированных медицинских учреждений и предприятий;

создание новых вакцин массового применения и современных технологий их производства;

создание новых современных методов и средств диагностики детских инфекций;

развитие системы информирования населения о мерах предупреждения распространения инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, в том числе создание видеоклипов, буклетов, календарей;

совершенствование государственного контроля за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий;

создание эффективной системы транспортировки и хранения вакцин.

Как отмечено выше, выделены мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний. Следует назвать основные нормативные акты в данной сфере:

1) Федеральный [закон](#) от 12.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения";

2) Федеральный [закон](#) от 29.06.2001 N 87-ФЗ "Об ограничении курения табака";

3) [Концепция](#) сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания;

4) Приказы Министерства здравоохранения РФ:

от 22.12.1995 [N 364](#) "О мерах по развитию медицинской профилактики в Российской Федерации", явившийся основополагающим документом, регламентирующим профилактическую деятельность органов здравоохранения. В нем отражена главная мысль: профилактическая деятельность - это профессиональная работа каждого медицинского работника независимо от занимаемой должности и специализации;

от 06.10.1997 [N 295](#) "О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации";

от 26.11.1997 [N 344](#) "О создании координационного центра и региональных кабинетов профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска";

от 10.12.1997 [N 366](#) "О создании научно-методического центра по лечению табачной зависимости";

от 11.08.1997 [N 239](#) "О создании центров профилактики остеопороза";

от 05.08.1997 [N 232](#) "О создании Центра и региональных групп мониторинга вредных привычек среди детей и подростков";

от 22.06.1998 [N 199](#) "О мерах по профилактике курения в ЛПУ и Минздраве России";

от 08.10.1998 [N 295](#) "О программе по преодолению курения табака в Российской Федерации на 1998 - 2000 гг.";

от 13.07.1998 [N 213](#) "О создании Координационного центра Минздрава России по преодолению курения".

На такие наиболее распространенные неинфекционные заболевания, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные болезни и психические расстройства, приходится приблизительно 86% всей смертности и 77% бремени болезней в Европейском регионе.

Отдельно выделяют также массовые неинфекционные заболевания (отравления). Они представляют собой заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания ([ст. 1](#) Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии).

Неинфекционные заболевания объединены общими факторами риска, глубинными детерминантами и возможностями для вмешательств - повышенное кровяное давление, употребление табака, вредное употребление алкоголя, высокое содержание холестерина в крови, избыточный вес, нездоровое питание и гиподинамия, актуальность которых резко возрастает под влиянием изменений образа жизни и демографических показателей.

Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется путем 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. Систему указанных мер разрабатывают и осуществляют органы государственной власти, органы местного самоуправления, работодатели, медицинские организации, образовательные организации и физкультурно-спортивные организации, общественные объединения.

Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

Популяционная (массовая) профилактика - профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом. Популяционный уровень профилактики, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями - это местные программы профилактики или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Профилактика на популяционном уровне строится в рамках первичной и вторичной (медикаментозной) профилактики. Первичная профилактика включает рациональный режим труда и отдыха, рекомендации по увеличению физической нагрузки, ограничение поваренной соли, отказ от алкоголя и курения, снижение калорийности пищи и массы тела. По сути, именно первичная профилактика позволяет сохранить рациональные условия жизнедеятельности человека.

Вторичная (медикаментозная) профилактика проводится дифференцированно в группах больных хроническими неинфекционными заболеваниями с целью предупреждения рецидивов заболевания, развития осложнений у лиц с реализовавшимися факторами риска, снижения заболеваемости и смертности от этих болезней, улучшения качества жизни больных в соответствии с методическими рекомендациями Комитета экспертов ВОЗ.

Профилактика неинфекционных заболеваний на групповом уровне предполагает соответствующие профилактические мероприятия в отношении определенной группы, категории лиц, объединенных, например, по профессиональному признаку. В то же время под ними понимается группа риска (Risk group) - группа лиц с наличием различных факторов риска возникновения заболеваний, травм и других нарушений здоровья, т.е. групповая профилактика - это профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы).

Что касается профилактики неинфекционных заболеваний на индивидуальном уровне, то они осуществляются персонально в отношении конкретного индивида с учетом особенностей его организма и общего характера медицинской проблемы заболевания.

Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем 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.

На здоровье человека влияют различные факторы: образ жизни (50%), наследственность (25%), внешняя среда (15 - 20%), организация здравоохранения (5 - 10%), при этом основная доля приходится на образ жизни, поэтому формирование здорового образа жизни является важнейшей приоритетной задачей сохранения и укрепления здоровья. Особое значение в обществе приобретает здоровье подрастающего поколения <1>.

<1> Потапчук А.А. Формирование здорового образа жизни у современных детей и подростков // http://www.5oc.ru/o_tsentre/stati1/36.

Приоритетным направлением валеологического воспитания должно быть формирование нравственных качеств ребенка, которые являются фундаментом здоровья. Для этого необходимо развивать в нем доброту, дружелюбие, выдержку, целеустремленность, смелость, оптимистическое отношение к жизни, чувство радости существования, способность чувствовать себя счастливым, верить в собственные силы и доверять миру.

Для формирования этих качеств необходимы душевная гармония, адекватная положительная самооценка, которые возникают, если ребенок свободен от чувства тревоги и страха, живет с уверенностью в своей защищенности и безопасности. Важно, чтобы по мере освоения валеологической культуры у каждого ребенка формировались чувства нежности и любви к самому себе, настроение особой радости от понимания своей уникальности, неповторимости, безграничности своих творческих возможностей, чувство доверия к миру и людям.

Методическими приемами формирования здорового образа жизни являются:

системный подход к физическому, волевому, нравственному, эстетическому, гендерному воспитанию;

диагностика здоровья физического развития и культуры здоровья педагогов, детей и родителей;

паспортизация здоровья и создание базы данных о здоровье и здоровом образе жизни детей;

предложение альтернативы улице - спорт, искусство, творчество, ремесла.

Для формирования здорового образа жизни предлагаются следующие мероприятия:

информационная пропаганда, направленная на повышение уровня знаний о здоровье;

борьба с вредными привычками;

санитарно-гигиеническое воспитание населения;

привлечение детей, подростков и их родителей к занятиям физическими упражнениями, повышение доступности этих занятий.

Важнейшим условием решения проблем, связанных с формированием здорового образа жизни, является поднятие престижа занятий спортом, а также формирование сферы досуга, которая не только будет способствовать ведению здорового образа жизни, но и станет доступной и привлекательной для современной молодежи, станет сферой, предоставляющей широкие возможности для самореализации

<1>.

<1> Пулов Е.А. [Физическая культура и массовый спорт](#) - здоровье нации // Спорт: экономика, право, управление. 2011. N 2. С. 16 - 18.

Физическая культура и спорт являются важной составляющей жизни современного общества и наиболее универсальным способом физического и духовного оздоровления нации. В последние годы в Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция повышения социальной значимости массового спорта, которая проявляется в том числе в повышении роли государства в поддержке его развития.

Распоряжением Правительства РФ от 07.08.2009 N 1101-р <1> утверждена [Стратегия](#) развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 г., реализуется [программа](#) "Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006 - 2015 годы", утвержденная Постановлением Правительства РФ от 11.01.2006 N 7 <2>.

<1> СЗ РФ. 2009. N 33. Ст. 4110.

<2> СЗ РФ. 2006. N 3. Ст. 304.

Проблема развития организации физкультурно-спортивной работы с подрастающим поколением затрагивает различные организационные вопросы, решение которых требует необходимого регулирования со стороны в первую очередь государства. Представляется своевременным предложение о создании межведомственной комиссии, обеспечивающей координацию деятельности федеральных органов исполнительной власти Российской Федерации по решению вопросов формирования здорового образа жизни среди детей и молодежи, а также связанной с проблемой сохранения здоровья детей школьного возраста <1>.

<1> Пулов Е.А. [Указ. соч.](#)

Таким образом, формирование здорового образа жизни должно включать создание благоприятных условий жизнедеятельности, уровень культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять, укреплять и поддерживать оптимальное качество жизни.

Статья 31. Первая помощь

Комментарий к [статье 31](#)

Очень важная гарантия соблюдения прав граждан на охрану здоровья обеспечивается, как правило, в рамках первой помощи, от надлежащего и своевременного оказания которой во многих случаях зависят успех медицинской помощи и соответственно жизнь человека. Поэтому неслучайно законодатель уделил специальное внимание вопросам оказания первой помощи. В частности, в Законе об охране здоровья эти вопросы регулирует [ст. 31](#). Следует отметить, что вопросы правового регулирования оказания первой помощи не так давно вошли в медицинское право (введены в [Основы законодательства](#) 1993 г. в 2009 г.) <1>.

<1> Федеральный [закон](#) от 25.11.2009 N 267-ФЗ "О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации" // СЗ РФ. 2009. N 48. Ст. 5717.

Напомним, что речь идет о [ст. 19.1](#) Основ законодательства, в которой упомянуты субъекты, обязанные оказывать соответствующую помощь по закону. Правда, указанная статья в отличие от [ст. 31](#) Закона об охране здоровья не содержала не только конкретных состояний, при которых данная помощь может оказываться, и соответствующих мероприятий по оказанию помощи, но и даже условий определения данных состояний (мероприятий).

В Законе об охране здоровья данная норма имеется ([ч. 2 ст. 31](#)), но предусматривает решение соответствующих вопросов на уровне подзаконного акта уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, который, как представляется, должен быть принят в самое ближайшее время. Важность данного документа трудно переоценить.

Следует обратить внимание на предлагаемый законодателем перечень лиц, обязанных оказывать медицинскую помощь. Помимо медицинских работников законодатель к ним относит:

сотрудников органов внутренних дел РФ;

сотрудников, военнослужащих и работников Государственной противопожарной службы;

спасателей аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

По сравнению с [Основами законодательства](#) 1993 г. данный перечень претерпел изменения, и из перечня лиц, обязанных по закону оказывать первую помощь, исключены водители транспортных средств. При этом законодатель не забыл про данную категорию лиц и все же предусмотрел не обязанность, а их право оказывать такую помощь при наличии соответствующей подготовки и навыков.

Надо сказать, что данное нормативное решение законодателя нельзя оценить однозначно. С одной стороны, видится целесообразным исключение из перечня обязанных лиц водителей, поскольку вряд ли данные лица обладают соответствующими медицинскими навыками и фактически своими действиями могут только усугубить состояние пострадавшего. С другой стороны, и среди водителей может найтись немало граждан, имеющих медицинское образование, но в данном случае уже не обязанных оказывать соответствующую помощь.

Проблема всем известна и очевидна и заключена в практическом противоречии требований законодательства по подготовке водителей и уголовного права. Если в современных условиях, когда обучение практическому вождению не предполагает углубленного изучения вопросов оказания первой помощи, вменить в обязанности водителя транспортного средства ее оказание, то это неминуемо во многих случаях может повлечь уголовно-правовые последствия действий (а в данной ситуации - скорее бездействия) водителей в виде уголовной ответственности по [ст. 124](#) "Неоказание помощи больному" УК РФ.

Представляется, что, даже если водитель и обладает такими навыками, никто не сможет его обязать оказать данную помощь, поскольку учебные программы курсов по подготовке водителей не позволяют в достаточной степени получить хотя бы элементарные навыки первой помощи пострадавшему.

Прежде чем вводить такую норму, наверное, следовало бы на институциональном уровне подготовить необходимую учебную базу для автошкол, обеспечить переподготовку владельцев транспортных средств. Пока же право водителей, которое законодатель установил, является скорее декларативным моральным долгом, ни к чему не обязывающим.

Между тем, конструируя положения рассматриваемой [статьи](#), законодатель, по нашему мнению, не учел правил формальной юридической логики при формулировании перечня обязанных лиц. На этот факт, кстати, на этапе рассмотрения законопроекта обращали внимание отдельные специалисты <1>.

<1> Не случайно в связи с этим предлагалась простая формулировка о том, что "медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую неотложную медицинскую помощь гражданам в дороге, на улице, в иных общественных местах и на дому". См.: Сергеев Ю.Д., Боговская Е.А. [Модернизация законодательства](#): проект Закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Медицинское право. 2011. N 4. С. 3 - 10.

Перечисляя обязанных лиц, законодатель по непонятой причине просто не указал медицинских и фармацевтических работников, ограничившись общей фразой о лицах, обязанных оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом. А ведь именно эти категории лиц имеют соответствующее медицинское образование и в первую очередь должны осуществлять свои обязанности вне зависимости от их медицинской специальности и должностной инструкции в случаях, когда человеку требуется первичная помощь медицинского характера.

На фоне общей тенденции законодателя к признанию всеобщности навыков первичной помощи отчасти справедливым выглядит мнение о вменении студентам медицинских вузов в зависимости от курса обучения обязанности оказания первой помощи больному (пострадавшему) <1>. Однако все же закрепление императивного правила об оказании помощи в данной ситуации не совсем корректно. Учитывая статус обучающегося, не прошедшего процедуру присвоения соответствующей квалификации, более логичным и последовательным представляется закрепление права таких лиц оказывать соответствующую помощь.

<1> Сергеев Ю.Д., Боговская Е.А. [Указ. соч.](#)

Более того, [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 15.01.2007 N 30 <1> были утверждены правила допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам, направленного на основание образовательной программы. Согласно [Порядку](#) допуска участие студентов в оказании медицинской помощи гражданам она осуществляется лишь с согласия пациентов или их законных представителей.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 15.01.2007 N 30 "Об утверждении Порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам" // БНА ФОИВ. 2007. N 8.

В то же время оказание помощи больным должно строиться под контролем медицинского персонала, замещающего штатные должности в медицинской организации. Такие сотрудники определяются руководителем медицинской организации и несут ответственность в порядке и на условиях, установленных законодательством РФ.

Статья 32. Медицинская помощь

Комментарий к [статье 32](#)

Медицинская помощь гражданам является самостоятельным видом социального обеспечения, она жизненно необходима всему населению РФ, поскольку никто не может быть застрахован от болезней. Именно поэтому государство берет на себя заботу об охране здоровья своих граждан, выполняя при этом социальные функции, являющиеся неотъемлемым элементом цивилизованного общества.

Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в международных актах различного характера. Оно содержится как в общих нормативных актах, закрепляющих основные права и свободы человека, так и в специальных актах, целиком посвященных вопросам, связанным с медицинской помощью. При этом международные акты могут иметь как универсальный, так и региональный и двусторонний характер.

К актам, закрепляющим право на медицинскую помощь среди прочих прав и свобод человека, относится прежде всего Всеобщая [декларация](#) прав человека 1948 г. (далее - Декларация). В [статье 25](#) содержится положение, согласно которому каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, а также право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. [Часть 2 ст. 25](#) гласит: материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь.

К другим международным актам общего характера можно отнести Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. <1> (далее - Пакт), в [ст. 12](#) которого устанавливается, что участвующие в Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. [Часть 2 данной статьи](#) определяет необходимые мероприятия, которые должны быть предприняты государствами для полного осуществления этого права. К ним относятся: обеспечение сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребенка; улучшение всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности; предупреждение и лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьба с ними; создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

<1> Международный [пакт](#) об экономических, социальных и культурных правах от 19.12.1966 // Ведомости ВС СССР. 1976. N 17 (1831).

Несмотря на то что нормы Пакта имеют обязательную юридическую силу, [ст. 2](#) Пакта

сформулирована следующим образом: государства - участники Пакта обязуются "принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в настоящем Пакте прав всеми надлежащими способами, включая, в частности, принятие законодательных мер". Таким образом, реализация закрепленных прав, в данном случае - права на медицинскую помощь, в определенной степени ставится в зависимость от имеющихся в государстве социальных и экономических условий.

Значительное внимание праву на медицинскую помощь уделено в [Конвенции](#) о правах ребенка 1989 г. <1> (далее - Конвенция). [Статья 24](#) признает право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. В целях полного осуществления указанного права государства-участники должны принимать соответствующие меры для: снижения уровней смертности младенцев и детской смертности; обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи; борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды; предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды; обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждения несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний; развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

<1> Ведомости СНД СССР и ВС РСФСР. 1990. N 45. Ст. 955.

Необходимо отметить, что нормы международного характера, регулирующие отношения, связанные с правом граждан на медицинскую помощь, содержатся и в двусторонних договорах между государствами. Такие нормы направлены прежде всего на реализацию рассматриваемого права.

Российской Федерацией подписаны многочисленные межправительственные соглашения о сотрудничестве в области здравоохранения. В последние годы наиболее активно сотрудничество развивалось с США, Японией и Францией. Так, 14 января 1994 г. было подписано Межправительственное российско-американское [соглашение](#) о сотрудничестве в области здравоохранения и биомедицинских исследований.

В рамках СНГ действуют соглашения регионального характера - [Соглашение](#) о сотрудничестве в области охраны здоровья населения 1992 г. <1> и [Соглашение](#) об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников СНГ 1997 г. <2>. В соответствии со [ст. 3](#) Соглашения 1992 г. договаривающиеся стороны, руководствуясь принципами гуманизма, обязуются оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь гражданам государств - участников Содружества без взаимных компенсаций затрат, плановую медицинскую помощь по направлению органов и учреждений здравоохранения с возмещением фактических затрат направляющей стороной, либо на условиях, предусмотренных специальными двусторонними договорами.

<1> Бюллетень международных договоров. 1993. N 6.

<2> Российская газета. 1997. N 90.

Государства - участники [Соглашения](#) создают Совет по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств в составе министров здравоохранения и главных государственных санитарных врачей этих государств. Соглашение также устанавливает конкретные направления сотрудничества государств.

[Соглашение](#) 1997 г. содержит важные положения о порядке предоставления медицинской помощи гражданам государств СНГ на территории другого государства - участника СНГ. Так, скорая и неотложная

медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности.

С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе.

Основными источниками, специально посвященными регулированию охраны здоровья граждан, являются акты специализированной организации ООН - Международной организации труда (МОТ). Конвенция МОТ N 102 "О минимальных нормах социального обеспечения" <1> содержит специальный [разд. II](#) "Медицинская помощь", в котором закреплено правило о том, что государства-участники обеспечивают предоставление пособия, когда состояние подлежащих обеспечению лиц требует медицинской помощи лечебного или профилактического характера. При этом [Конвенция](#) устанавливает минимальные требования к содержанию пособия. Пособие, по меньшей мере, включает в случае болезненного состояния общую врачебную помощь, включая визиты на дому; помощь, оказываемую специалистами стационарным или амбулаторным больным в больницах, и помощь, которая может оказываться специалистами вне больниц; обеспечение наиболее необходимыми медикаментами, предписанными врачом или другим дипломированным специалистом; госпитализацию в случае необходимости. В случае беременности, родов и их последствий пособие включает помощь до, во время и после родов, оказываемую либо врачом, либо дипломированной акушеркой; госпитализацию в случае необходимости.

<1> Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда 1919 - 1956. Т. 1. Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1055 - 1086.

[Статья 12](#) Конвенции устанавливает сроки предоставления пособия: в течение всей продолжительности охватываемого случая, за исключением случая болезненного состояния, когда продолжительность его предоставления может ограничиваться 26 неделями на каждый случай.

В 1969 г. МОТ приняла [Конвенцию](#) N 130 "О медицинской помощи и пособиях по болезни" <1>. Как и в [Конвенции](#) N 102, в ней имеется специальный раздел, регламентирующий предоставление медицинской помощи, - [разд. II](#) "Медицинское обслуживание". Медицинская помощь лечебного или профилактического характера предоставляется при наступлении страхового случая в виде соответствующей потребности в медицинской помощи. [Конвенция](#) устанавливает также категории лиц, подлежащих обеспечению при наступлении страхового случая. Национальным законодательством к таким лицам могут быть отнесены: либо все работающие по найму, включая учеников, а также их жены и дети; либо установленные категории экономически активного населения, составляющие в общей сложности не менее 75% всего экономически активного населения, а также жены и дети указанных лиц; либо установленные категории жителей, составляющие в общей сложности не менее 75% всех жителей.

<1> Международная организация труда. Конвенции и рекомендации 1919 - 1956 гг. Т. 2. С. 1581 - 1599.

Установлено, что лица, получающие пособия по социальному обеспечению по инвалидности, старости, по случаю потери кормильца или по безработице, а также в соответствующих случаях жены и дети этих лиц продолжают подлежать обеспечению.

[Конвенция](#) устанавливает шесть видов медицинской помощи, которые входят в обеспечение. К ним относятся: общая врачебная помощь, включая посещения на дому; помощь, оказываемая специалистами стационарным или амбулаторным больным, и помощь специалистов, которая может оказываться вне больницы; отпуск необходимых медикаментов по рецепту врача или другого квалифицированного специалиста; госпитализация в случае необходимости; зубо врачебная помощь, как это установлено национальным законодательством; медицинское восстановление, в том числе предоставление, ремонт и

замену протезов или ортопедических приспособлений, как это установлено национальным законодательством.

Срок предоставления медицинской помощи - вся продолжительность страхового случая. Он может быть ограничен периодом, установленным национальным законодательством (но не менее 26 недель) в случае, когда получатель перестает принадлежать к одной из категорий подлежащих обеспечению лиц.

В дополнение к [Конвенции](#) N 130 в 1969 г. МОТ приняла [Рекомендацию](#) N 134 "О медицинской помощи и пособиях по болезни" <1>. Рекомендация содержит положение о том, что члены Организации должны распространить применение своего законодательства о медицинской помощи и пособиях по болезни, по этапам на: лиц, работа которых имеет случайный характер; членов семьи предпринимателя, проживающих вместе с ним, в той мере, в какой они работают для него; все экономически активное население; жен и детей всех вышеперечисленных лиц; всех жителей.

<1> Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990 гг. Т. 2. Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1601 - 1603.

Установлено, что право на медицинскую помощь, предусмотренное [Конвенцией](#) 1969 г. о медицинской помощи и пособиях по болезни, не должно обуславливаться стажем. Рекомендуется не ограничивать срок предоставления медицинской помощи в случае, предусмотренном Конвенцией (см. выше).

Таким образом, [Рекомендация](#) предусматривает более благоприятные для граждан условия медицинского обеспечения, намечая тенденции, к следованию которым государствам следует стремиться при наличии у них необходимых условий.

15 июня 1927 г. были приняты две схожие между собой Конвенции МОТ [N 24](#) "О страховании по болезни трудящихся промышленных и торговых предприятий и домашней прислуги" и [N 25](#) "О страховании по болезни трудящихся в сельском хозяйстве" <1>. Конвенции распространяют систему обязательного страхования по болезни на трудящихся физического и нефизического труда, включая учеников, занятых в промышленных и торговых предприятиях, на трудящихся, работающих на дому, и на домашнюю прислугу, а также на трудящихся физического и нефизического труда, включая учеников, занятых в сельскохозяйственных предприятиях соответственно. Однако предусматривается, что любой член Организации может предусмотреть в своем национальном законодательстве такие исключения, которые он считает необходимыми, например в отношении временной работы, непостоянной работы, случайной и побочной работы и др. Конвенциями предусматриваются два основных права застрахованных лиц при наступлении заболевания. Первое - на получение денежного пособия в течение, по крайней мере, первых 26 недель нетрудоспособности. Второе - на бесплатное медицинское обслуживание дипломированным медицинским работником и на получение достаточного количества надлежащих лекарств и лечебных средств. Медицинское обслуживание может не предоставляться, если застрахованное лицо без основательной причины отказывается выполнять предписания врача или инструкции, касающиеся поведения застрахованных лиц во время болезни, или пренебрегает использованием возможностей, предоставляемых учреждением по страхованию.

<1> Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда 1919 - 1956 гг. Т. 1. Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 147 - 156.

Конвенции содержат правило о том, что страхование по болезни осуществляется автономными учреждениями, находящимися под административным и финансовым контролем компетентного государственного органа и не имеющими своей целью получение прибыли. Учреждения, созданные по частной инициативе, должны быть специально признаны компетентным государственным органом.

Специальная [Рекомендация](#) МОТ N 69 "О медицинском обслуживании" <1> была принята в Филадельфии в 1944 г. Рекомендация содержит основные черты службы медицинского обслуживания. Так, служба должна обеспечить каждому лицу медицинский уход со стороны лиц медицинской и смежных

с нею профессий, а также все другие виды обслуживания, предоставляемые лечебными заведениями: для восстановления здоровья, предупреждения развития болезни, облегчения страданий заболевшего лица (лечебное обслуживание) и для охраны и укрепления здоровья (профилактическое обслуживание).

<1> Там же. С. 616 - 633.

Органы власти и учреждения, ведающие медицинским обслуживанием, должны обеспечивать обслуживаемым лицам медицинский уход, используя для этой цели услуги лиц медицинской и смежных с нею профессий, а также организуя медицинское обслуживание в больницах и других лечебных заведениях. Расходы по медицинскому обслуживанию должны покрываться коллективно путем внесения установленных периодических взносов, которые могут иметь форму членских взносов на социальное страхование или форму налогов или представлять собой сочетание этих двух способов. **Рекомендация** устанавливает два возможных вида служб медицинского обслуживания: служба медицинского обслуживания, находящаяся в ведении органа социального страхования, и государственная служба медицинского обеспечения. Устанавливается важный принцип о том, что медицинское обслуживание должно распространяться на всех членов коллектива независимо от того, имеют ли они приносящую им доход работу или нет, т.е. на все население.

Еще один важный принцип **Рекомендации**, связанный с обеспечением доступности медицинского обслуживания: обслуживаемые лица должны иметь возможность получения ухода в амбулаториях и врачебных кабинетах, имеющих в распоряжении данной службы, где бы они не находились, будь то в месте их жительства или в любом другом месте района, где функционирует служба, независимо от того, состоят ли они членами определенного страхового учреждения или нет, имеют ли они задолженность по членским взносам или нет и независимо от других факторов, не имеющих отношения к состоянию их здоровья.

Следует отметить, что ни одна из рассмотренных Конвенций МОТ не ратифицирована РФ. Тем не менее общие требования Конвенций относительно объема, видов, порядка предоставления медицинской помощи содержатся в законодательстве РФ.

Комментируемая **статья** определяет виды медицинской помощи. К ней относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях

улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Все названные виды медицинской помощи и условия ее предоставления будут рассмотрены в [комментариях к ст. ст. 33 - 36](#) настоящего Закона.

Медицинская помощь может оказываться в экстренной, неотложной и плановой форме. Экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Такая помощь предоставляется гражданам на основании следующих нормативных правовых актов: [Приказа](#) Минздрава России N 394, МЧС России N 589 от 03.11.1999 "О совершенствовании системы оказания экстренной медицинской помощи лицам, пострадавшим от террористических актов", [Приказа](#) Минздрава России от 03.04.1998 N 98 "Об упорядочении деятельности отделения экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарной авиации), [Положения](#) об организации деятельности отделения экстренной медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 N 179 (ред. от 15.03.2010 N 586н) <1>.

<1> Российская газета. 2004. N 263.

Неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Такая помощь осуществляется в виде первичной, скорой и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Порядок оказания медицинской помощи в неотложной форме рассматривается в [ст. ст. 33 - 35](#) настоящего Закона.

Плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

В настоящее время порядок оказания плановой медицинской помощи регулируется достаточно большим количеством нормативных правовых актов, которые конкретизируют особенности оказания такой помощи в зависимости от заболевания. К таким актам следует отнести Приказы Минздравсоцразвития России:

от 08.12.2009 [N 966н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями" (вместе с Порядком оказания плановой медицинской помощи лицам с урологическими заболеваниями, Порядком оказания неотложной медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями);

от 24.12.2010 [N 1182н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями";

от 19.08.2009 [N 599н](#) "Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля" (ред. от 28.04.2011);

от 27.02.2010 [N 115н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты";

от 13.04.2011 [N 315н](#) "Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению";

от 13.04.2011 [N 317н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и травмах нервной системы нейрохирургического профиля";

от 24.12.2010 [N 1183н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля";

от 17.11.2010 [N 1007н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях";

от 03.06.2010 [N 418н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при уроandroлогических заболеваниях";

от 12.04.2010 [N 228н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях эндокринной системы";

от 02.04.2010 [N 206н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля";

от 30.12.2009 [N 1044н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими диагностики или лечения с применением хирургических и/или рентгенэндоваскулярных методов";

от 20.04.2010 [N 255н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями" (ред. от 07.06.2010) и др.

Что касается оказания иностранным гражданам медицинской помощи, то соответствующий порядок определяется [Правилами](#) оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 01.09.2005 N 546. На основании [п. 3](#) указанных Правил скорая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается бесплатно и безотлагательно. В случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства, такая медицинская помощь оказывается независимо от наличия страхового полиса. Плановая медицинская помощь иностранцам оказывается в случае нарушения здоровья, не представляющего непосредственной угрозы их жизни, в соответствии с договором на предоставление платных медицинских услуг либо договором добровольного и (или) обязательного медицинского страхования.

Иностранным гражданам, временно пребывающим в Российской Федерации и не работающим на территории РФ, плановая медицинская помощь предоставляется только на платной основе или на условиях добровольного медицинского страхования. В случае если международным договором Российской Федерации установлен иной порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, применяются правила международного договора.

Статья 33. Первичная медико-санитарная помощь

Комментарий к [статье 33](#)

Являясь основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания, первичная медико-санитарная помощь включает лечение наиболее распространенных заболеваний, травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики и других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Приказом Минздравсоцразвития России от 29.07.2005 N 487 утвержден [Порядок](#) организации оказания первичной медико-санитарной помощи <1>. Первичная медико-санитарная помощь, в том числе медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов оказывается учреждениями муниципальной системы здравоохранения преимущественно по месту жительства, в частности, амбулаторно-поликлиническими учреждениями: амбулатория, центр <2> общей врачебной (семейной) практики, районная (в том числе центральная), городская поликлиника, детская городская поликлиника, женская консультация <3>.

<1> Российская газета. 2005. N 195.

<2> [Приказ](#) Минздрава России от 20.11.2002 N 350 "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации" (ред. от 17.01.2005) // Здравоохранение. 2003. N 12; [Приказ](#) Минздрава РФ от 09.12.1999 N 438 "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях" // Здравоохранение. 2000. N 3.

<3> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 N 808н "Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи" (вместе с Положением об организации деятельности женской консультации) // Российская газета. 2010. N 33.

В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. Учреждения, обеспечивающие первичную медико-санитарную помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с установленным порядком.

Обязанность учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи исполняется медицинскими работниками данных учреждений: терапевтами участковыми <1>, педиатрами участковыми <2>, врачами общей практики (семейными) <3>, акушерами-гинекологами <4>, другими врачами специалистами, а также специалистами со средним медицинским и высшим сестринским образованием в соответствии с установленным порядком.

<1> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 N 765 "Об организации деятельности врача-терапевта участкового" // БНА ФОИВ. 2006. N 5.

<2> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 18.01.2006 N 28 "Об организации деятельности врача-педиатра участкового" // Здравоохранение. 2006. N 8.

<3> **Приказ** Минздрава России от 20.11.2002 N 350 "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации" (ред. от 17.01.2005) // Здравоохранение. 2003. N 12.

<4> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 N 808н "Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи" // Российская газета. 2010. N 33.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, субъектов РФ и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с **Программой** государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи <1>.

<1> **Программа** государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (утверждена Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856) // СПС.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает:

оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;

проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, абортов, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней <1> и факторов риска;

<1> **Постановление** Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" // Российская газета. 2004. N 271.

диагностику и лечение различных заболеваний и состояний;

восстановительное лечение;

клинико-экспертную деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности;

диспансерное наблюдение больных, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;

диспансеризацию беременных женщин, родильниц;

диспансеризацию здоровых и больных детей;

динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка;

организацию питания детей раннего возраста;

организацию дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами;

установление медицинских показаний и направление в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи;

установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;

медицинское обслуживание обучающихся, воспитанников образовательных учреждений общего и коррекционного типов;

проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, вакцинопрофилактики в установленном порядке;

осуществление санитарно-гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни;

врачебную консультацию и медицинскую профориентацию; медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе.

Стационарная помощь, предоставляемая населению муниципальных образований в больничных и стационарно-поликлинических учреждениях, включает:

оказание неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;

диагностику, лечение острых, хронических заболеваний, отравлений, травм, состояний при патологии беременности, в родах, в послеродовом периоде, при абортах и прочих состояниях, требующих круглосуточного медицинского наблюдения или изоляции по эпидемическим показаниям; восстановительное лечение и реабилитацию.

Госпитализация в больничное (стационарно-поликлиническое) учреждение осуществляется по медицинским показаниям:

по направлению врача лечебно-профилактического учреждения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности;

скорой медицинской помощью;

при самостоятельном обращении больного по экстренным показаниям.

Статья 34. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

Комментарий к [статье 34](#)

Приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 N 243н "Об организации оказания специализированной медицинской помощи" утвержден [Порядок](#) организации оказания специализированной медицинской помощи, который устанавливает правила организации оказания специализированной медицинской помощи на территории РФ.

Специализированная медицинская помощь осуществляется в медицинских организациях, а также иных организациях государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения - в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ полномочий по организации оказания специализированной медицинской помощи органам местного самоуправления, частной системы здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по осуществлению специализированной медицинской помощи (далее - учреждения здравоохранения).

Финансовое обеспечение мероприятий по организации оказания специализированной медицинской помощи осуществляется за счет страховых взносов и средств:

федерального бюджета - в федеральных государственных учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь;

бюджета субъектов РФ - в учреждениях здравоохранения субъектов РФ и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в рамках переданных полномочий;

средств частных организаций здравоохранения.

Сведения об учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь, доводятся органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения до населения и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь (в том числе посредством размещения информации в сети Интернет).

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

Направление граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России, для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с [приложением](#) к Порядку оказания такой помощи.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в учреждениях здравоохранения при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Специализированная медицинская помощь населению оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания отдельных видов (по профилям) специализированной медицинской помощи, утверждаемыми Минздравсоцразвития России.

Учреждения здравоохранения оказывают специализированную медицинскую помощь при направлении пациента иными медицинскими организациями в случае невозможности оказания последними специализированной медицинской помощи, а также при непосредственном обращении граждан для оказания амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь в учреждениях здравоохранения может оказываться населению:

а) в качестве бесплатной - в рамках [Программы](#) государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи <1>, за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, а также в иных случаях, установленных законодательством РФ;

<1> **Программа** государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год утверждена Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856, в рамках которой предоставляется бесплатно специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Минздравсоцразвития России; высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России; медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством РФ.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ предоставляются: специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов РФ, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Минздравсоцразвития России, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ; высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов РФ дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России.

б) в качестве платной медицинской помощи - за счет средств граждан и организаций <1>.

<1> **Постановление** Правительства РФ от 13.01.1996 N 27 "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями" // СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 194.

Работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами специализированная медицинская помощь преимущественно осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий.

В случае необходимости оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи организация ее оказания осуществляется в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Направление граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития, для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется на основании **приложения** к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 N 243н.

Указанным **Порядком** установлены правила направления граждан РФ, нуждающихся в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи (пациент), в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России (федеральные государственные учреждения), за счет средств федерального бюджета.

Направление пациентов в федеральные государственные учреждения осуществляется органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, а также Департаментом организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России и Департаментом развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России в следующих случаях:

гражданин РФ не проживает на территории РФ;

при проведении мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, природных и техногенных аварий, катастроф, вооруженных конфликтов и иных ситуаций, повлекших массовые поражения и заболевания граждан, в случае принятия решения о переводе пострадавших и больных на лечение в федеральные государственные учреждения;

орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения не обеспечил направление пациента в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи.

Орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения осуществляет направление пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения в следующих случаях:

необходимость установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии;

отсутствие эффекта от повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, в том числе хирургических, а также высокотехнологичной медицинской помощи;

высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;

необходимость дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями для последующего хирургического лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи;

необходимость повторной госпитализации по рекомендации федерального государственного учреждения.

В случае принятия органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения решения о плановом направлении пациента в федеральное государственное учреждение руководитель органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения обеспечивает оформление на пациента талона на оказание специализированной медицинской помощи.

Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи, на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством РФ.

Постановлением Правительства РФ 29.12.2004 N 872 утвержден [Перечень](#) федеральных специализированных медицинских учреждений, в которых гражданам РФ оказывается специализированная медицинская помощь.

Статья 35. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

Комментарий к [статье 35](#)

[Порядком](#) предоставления скорой медицинской помощи (утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 N 179 (ред. от 15.03.2011 N 202н) <1> регламентируется оказание такой помощи.

<1> Российская газета. 2004. N 263.

Скорая медицинская помощь оказывается при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях). Она осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности, формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать по закону или специальному правилу. При этом при угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право бесплатно использовать любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

Скорая медицинская помощь:

гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно;

(за исключением санитарно-авиационной) финансируется из бюджета муниципального образования. Специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь финансируется из бюджета субъекта РФ;

оказывается в соответствии со стандартами медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

На догоспитальном этапе скорая медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, отделений скорой медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, а также медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений, оказывающих скорую специализированную (санитарно-авиационную) медицинскую помощь.

На госпитальном этапе скорая медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками отделения экстренной медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения.

Станция скорой медицинской помощи является лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим круглосуточную скорую медицинскую помощь как заболевшим и пострадавшим и находящимся вне лечебно-профилактического учреждения, так и в пути следования в лечебно-профилактическое учреждение, при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности, при родах и других состояниях и заболеваниях.

Оперативный отдел (диспетчерская) станции скорой медицинской помощи обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад скорой медицинской помощи, оперативное управление и контроль за их работой, организацию скорой медицинской помощи в зависимости от сложившейся оперативной ситуации.

Основной функциональной единицей станции (подстанции), отделения скорой медицинской помощи являются выездная бригада скорой медицинской помощи, в том числе фельдшерская, врачебная, педиатрическая, интенсивной терапии и другие специализированные бригады. Выездные бригады скорой медицинской помощи подразделяются на фельдшерские и врачебные.

Фельдшерская выездная бригада скорой медицинской помощи включает двух фельдшеров, санитар и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Врачебная выездная бригада скорой медицинской помощи включает одного врача, двух фельдшеров (либо фельдшера и медицинскую сестру - анестезиста), санитар и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи включает одного врача (соответствующего профиля), двух средних медицинских работников (соответствующего профиля),

санитара и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Акушерская выездная бригада скорой медицинской помощи включает одну акушерку, санитару и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Выездная бригада санитарного транспорта включает одного фельдшера, санитару и водителя.

Выездная бригада скорой медицинской помощи осуществляет:

немедленный выезд и прибытие к пациенту (на место происшествия) в пределах норматива времени, установленного для данной административной территории;

установление диагноза, проведение мероприятий, направленных на стабилизацию или улучшение состояния пациента и при наличии медицинских показаний транспортировку его в лечебно-профилактическое учреждение. В случае если имеются основания полагать, что пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, в связи с чем утратил способность самостоятельно передвигаться или ориентироваться в окружающей обстановке, его транспортировка осуществляется в наркологические диспансеры, в составе которых имеются отделения (палаты) неотложной наркологической помощи, либо в иные лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе в учреждения, в составе которых имеются отделения (палаты) неотложной наркологической помощи, токсикологические отделения (палаты) или отделения экстренной медицинской помощи;

передачу пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру) стационара лечебно-профилактического учреждения;

обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях;

обеспечение и проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в установленном порядке.

Пострадавшие (больные), доставленные выездными бригадами станции скорой медицинской помощи, должны быть безотлагательно переданы дежурному персоналу приемного отделения лечебно-профилактического учреждения с отметкой в карте вызова времени их поступления.

Обеспечение мероприятий по оказанию специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи по медицинским показаниям осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями субъекта РФ.

В лечебно-профилактическом учреждении, на которое возложены по решению органов исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения функции обеспечения специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощью, организуется круглосуточная диспетчерская (фельдшерская или сестринская) служба по приему и регистрации вызовов из районов субъекта РФ, осуществляется постоянная связь с командованием отряда санитарной авиации, врачами-консультантами, вылетевшими (выехавшими) по заданию в районы субъекта РФ, для оказания экстренной помощи населению.

Лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее оказание специализированной скорой медицинской помощи:

обеспечивается средствами санитарной авиации и наземного автотранспорта;

комплектует бригады специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи из наиболее опытных, квалифицированных врачей-специалистов, врачей-консультантов, в том числе работников медицинских образовательных учреждений и научно-исследовательских институтов. Списки врачей-консультантов согласуются с руководителями лечебно-профилактических учреждений и утверждаются органом управления здравоохранением субъекта РФ.

Специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь оказывается в порядке и на условиях, которые предусмотрены для деятельности станций скорой медицинской помощи, с учетом специфических особенностей специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи.

В целях оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе может создаваться отделение экстренной медицинской помощи как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, имеющего коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших) для оказания скорой медицинской помощи.

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

Комментарий к [статье 36](#)

В комментируемой [статье](#) впервые дано развернутое определение паллиативной помощи - помощи неизлечимо больным для максимально комфортного проведения последних дней жизни, без боли и страданий. Эта помощь гарантируется государством, оказывается медицинскими организациями и является бесплатной. Для оказания паллиативной медицинской помощи в России будет развиваться система хосписов для больных, страдающих онкологическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией.

Паллиативная помощь согласно определению ВОЗ (2006) - деятельность, направленная на улучшение качества жизни, раннее выявление болезни и предупреждение физических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом, с различными нозологическими формами хронических заболеваний. Паллиативная терапия включает комплекс активной и сострадательной терапии, направленной на поддержку не только пациента, но и членов его семьи.

Паллиативная помощь занимается рядом аспектов жизни инкурабельного пациента - медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов необходимы психосоциальная духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты <1>.

<1> Кузьмин С.Б. [Правовые проблемы современной неонатологии](#) // Медицинское право. 2010. N 3.

В настоящее время в Российской Федерации порядок оказания паллиативной помощи больным определен Приказами Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 [N 944н](#) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным" <1>, от 17.09.2007 [N 610](#) "О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией" <2> и рядом соответствующих Положений <3>.

<1> Российская газета. 2009. N 245.

<2> Российская газета. 2007. N 241.

<3> [Положение](#) об оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией; [Положение](#) об организации деятельности отделения медико-социальной реабилитации и правовой помощи Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (в рамках оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией); [Положение](#) об организации деятельности кабинета инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических учреждений или стационарно-поликлинических учреждений (в рамках оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией); [Положение](#) об организации деятельности палат паллиативной помощи в отделениях инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы, оказывающих медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией; [Положение](#) об организации деятельности отделения паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в составе лечебно-профилактического учреждения: утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.09.2007 N 610 "О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией" // Там же.

Основными задачами медицинских учреждений при оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией являются:

проведение терапии для купирования или смягчения симптомов заболевания, а также клинически выраженных побочных эффектов назначаемых лекарственных средств, включая антиретровирусные препараты;

оказание медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией и членам их семей;

оказание медико-психологической помощи больным ВИЧ-инфекцией на стадии прогрессирования заболевания;

обеспечение ухода за больными ВИЧ-инфекцией, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена;

медико-психологическая помощь медицинским и социальным работникам, волонтерам, оказывающим паллиативную помощь больным ВИЧ-инфекцией.

Комиссия по вопросам ВИЧ-инфекции, создаваемая в субъекте РФ, регулирует взаимодействие медицинских учреждений, центров социальной защиты населения и общественных организаций по оказанию паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте РФ, а организацию такой помощи обеспечивает руководитель территориального центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Центр СПИД).

Паллиативная помощь больным ВИЧ-инфекцией может осуществляться:

отделением медико-социальной реабилитации и правовой помощи, клинко-диагностическим отделением территориального Центра СПИД;

кабинетом инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений;

палатами паллиативной помощи в отделениях инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы;

отделением паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы;

наркологическим реабилитационным центром;

центром общей врачебной (семейной) практики;

медико-социальным отделением центров и комплексных центров социального обслуживания;

хосписом;

больницей сестринского ухода;

учреждениями здравоохранения, обеспечивающими лечение хронического болевого синдрома и паллиативную помощь больным с наличием морфологически подтвержденного диагноза распространенной формы злокачественного новообразования.

Проведение паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией обеспечивают руководители медицинских учреждений либо руководители соответствующих структурных подразделений учреждений.

Больным ВИЧ-инфекцией:

1) с незначительными функциональными нарушениями паллиативная помощь оказывается в амбулаторно-поликлинических условиях;

2) страдающим интенсивным болевым и другими синдромами, приводящими к временным нарушениям физического или психического состояния и необходимости индивидуального ухода, оказывается помощь в палатах паллиативной помощи в отделениях инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы. Показаниями для размещения больных ВИЧ-инфекцией в палатах паллиативной помощи являются: интенсивный болевой синдром; выраженные трофические расстройства; нарушения двигательных и высших психических функций при поражении центральной нервной системы; другие синдромы, приводящие к временным выраженным нарушениям физического или психического состояния и необходимости сестринского ухода за больным;

3) имеющим выраженные стойкие функциональные нарушения при наступлении декомпенсации состояния паллиативная помощь оказывается в отделении паллиативной помощи инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы. Госпитализации подлежат больные ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими или психическими нарушениями, приведшими к утрате способности к самообслуживанию, необходимости постоянного сестринского ухода и медицинской помощи.

Показаниями для госпитализации больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи являются:

терминальная стадия ВИЧ-инфекции (при невозможности оказания паллиативной помощи на дому);

морфологически подтвержденный диагноз распространенной формы злокачественного новообразования, не подлежащего радикальному противоопухолевому лечению (больной также может быть госпитализирован в отделение паллиативной помощи или хоспис для инкурабельных онкологических больных);

хронический болевой синдром, обусловленный злокачественным новообразованием (больной также может быть направлен в отделение паллиативной помощи онкологическим больным или в хоспис для пациентов с онкологической патологией);

длительный болевой синдром иной этиологии;

тяжелые мнестико-интеллектуальные нарушения (деменция), двигательные неврологические расстройства, возникшие в результате перенесенных оппортунистических и вторичных заболеваний, инсульта, черепно-мозговой травмы, злоупотребления психоактивными веществами;

глубокие трофические расстройства (трофические язвы, пролежни);

другие клинические состояния, приводящие к стойкому хронического характера снижению или утрате физических или психических функций и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Больные ВИЧ-инфекцией:

с указанной патологией могут быть также направлены в хоспис или больницу сестринского ухода;

в отделение паллиативной помощи инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы госпитализируются по медицинским показаниям на основании заключения комиссии по вопросу направления больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи, создаваемой в отделении медико-социальной реабилитации и правовой помощи в Центре СПИД, возглавляемой заведующим отделением медико-социальной реабилитации и правовой помощи. В состав комиссии рекомендуется включать врача-инфекциониста, специалиста по социальной работе, врача-психотерапевта, юриста и других специалистов;

со сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию в результате хронической соматической патологии, нарушений двигательных или высших психических функций, а также больные на терминальной стадии заболевания ВИЧ-инфекцией обеспечиваются паллиативной помощью на дому, осуществляемой специалистами территориального Центра СПИД, территориальных амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений, центров общей врачебной

(семейной) практики, хосписа, центров социального обслуживания.

Для оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией рекомендуется привлекать следующих специалистов:

врача-инфекциониста (либо врач-терапевт);
врача-психотерапевта и/или медицинского психолога;
врача-психиатра-нарколога;
менеджера по управлению медицинским персоналом;
специалиста по социальной работе;
медицинскую сестру (патронажную);
социального работника.

В оказании паллиативной помощи могут принимать участие и другие медицинские специалисты, а также сотрудники некоммерческих организаций, консультанты из числа людей, больных ВИЧ-инфекцией, волонтеры (в том числе сестры милосердия).

Деятельность хосписа по оказанию медицинской, социальной, психологической помощи больным с распространенными формами онкологических заболеваний организуется на основании [Положения](#) о нем <1>.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 N 944н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным" // Российская газета. 2009. N 245.

Хоспис является учреждением здравоохранения, предназначенным для оказания медицинской, социальной, психологической, юридической помощи преимущественно инкурабельным онкологическим больным по рекомендации врача-онколога с целью обеспечения необходимой обезболивающей терапии, оказания медико-социальной помощи, ухода, психосоциальной реабилитации, а также психологической и социальной поддержки родственников. Основными функциями хосписа по оказанию помощи онкологическим больным являются:

повышение доступности стационарной медицинской помощи больным в терминальной стадии и улучшение им медицинской помощи на дому;

проведение симптоматического лечения, подбор необходимой обезболивающей терапии;

оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольным;

иные функции, предусмотренные законодательством РФ.

Отбор больных в хоспис осуществляется врачами хосписа на основании:

наличия онкологического заболевания в терминальной стадии, подтвержденного медицинскими документами направившего учреждения;

наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома;

наличия социально-психологических показаний (депрессия, реактивные состояния, конфликтные ситуации дома, невозможность ухода за больным).

Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным, которая в зависимости от нужд пациента и его семьи может оказываться в виде промежуточных форм - дневного стационара и

выездной службой.

В структуре стационарного отделения хосписа предусматриваются: процедурный кабинет, перевязочная, жилые комнаты для больных и их родственников, гостиная, кабинет психотерапии, помещения для приготовления пищи больным, бытовые помещения для персонала, ванные комнаты. В структуре стационарного отделения хосписа могут также предусматриваться иные помещения для обеспечения оказания медицинской, социальной, психологической помощи больным с распространенными формами онкологических заболеваний.

Поликлиническое отделение хосписа с дневным стационаром осуществляет прием, регистрацию, осмотр, санитарную обработку поступающих больных; осуществляет функции хосписа в амбулаторных условиях.

Выездная служба хосписа ("хоспис на дому") предназначена для осуществления постоянного наблюдения и проведения поддерживающего лечения инкурабельным больным в домашних условиях, оказания социально-психологической помощи больным и их родственникам. Служба включает врачебно-сестринские бригады и осуществляет первое знакомство с инкурабельными больными и их родственниками, госпитализацию, а также патронаж выписанных больных.

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

Комментарий к [статье 37](#)

Комментируемая [статья](#) направлена на упорядочивание того разнообразия подходов к стандартам, порядкам и правилам, действующим в сфере оказания медицинской помощи, которое сложилось на федеральном и региональном уровнях. Ранее [ст. 5](#) Основ законодательства 1993 г. к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относилось установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения, а [ст. 37.1](#) Основ - к ведению Минздравсоцразвития России было отнесено и установление порядка оказания медицинской помощи.

Более того, в силу предписаний [ст. 6](#) Основ органы государственной власти субъекта РФ также были наделены правом установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи и должны были осуществлять контроль за их соблюдением. Значительное количество субъектов РФ этим правом воспользовались <1>.

<1> Например: Приказ Минздрава Московской области от 10.10.2008 N 614 "Об установлении медико-экономических стандартов при оказании медицинской помощи в условиях стационара при заболеваниях и некоторых состояниях в педиатрической службе"; распоряжение Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга от 05.10.2010 N 499-р "Об утверждении предварительных медико-экономических стандартов"; Приказ Департамента здравоохранения Брянской области, ТФОЛМС Брянской области от 20.09.2011 N 718/197 "Об утверждении территориальных стандартов специализированной медицинской помощи и реализации их в рамках программы "Модернизация здравоохранения Брянской области (2011 - 2012 годы)" и др.

Вследствие этого на федеральном и региональном уровнях существуют различные по своему юридическому значению, содержанию, целям, времени действия, прошедшие процедуру официального опубликования или неопубликованные стандарты, касающиеся оказания медицинской помощи.

1. [Часть 1 комментируемой статьи](#) вступает в силу с 1 января 2013 г. Это означает, что именно обязательными для применения порядки станут с 1 января 2013 г. и с этого времени стандарты медицинской помощи станут рассматриваться в качестве основы для ее оказания. Принятие новых стандартов и порядков, изменение уже существующих и их отмена возможны и до указанного срока. Подобный "временной люфт" необходим для устранения того чрезмерного разнообразия в стандартах и порядках, которое имеется сегодня.

Частью 2 рассматриваемой статьи установлено специальное полномочие по утверждению порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Однако в настоящее время у Минздравсоцразвития России имеется целый комплекс схожих полномочий, а именно принятие:

стандартов медицинской помощи;

стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием;

других федеральных стандартов в сфере здравоохранения;

порядка оказания медицинской помощи, в том числе первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

В отношении перечисленных актов использованы требования о том, что они, во-первых, принимаются Минздравсоцразвития России самостоятельно, а во-вторых, являются нормативными правовыми актами.

Что касается иных стандартов кроме стандартов медицинской помощи, то в комментируемом Законе предусмотрены стандарты информационного обмена в сфере охраны здоровья (**ст. 14**), и имеются ссылки на государственные образовательные стандарты.

2. Частью 3 рассматриваемой статьи установлены требования к содержанию (структуре акта) порядков оказания медицинской помощи.

Порядки оказания медицинской помощи и ее стандарты утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

В настоящее время Минздравсоцразвития России разработано около 40 порядков оказания медицинской помощи, нормативная правовая природа которых подтверждена фактом государственной регистрации соответствующих приказов в Минюсте России. Порядки могут касаться как видов медицинской помощи (определены комментируемым **Законом**), так и профилей медицинской помощи, заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний). Например, Приказы Минздравсоцразвития России: от 29.12.2010 **N 1224н** "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации", от 24.12.2010 **N 1183н** "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля" и др.

Действующие Порядки в целом соответствуют требованиям, которые к их структуре предъявляет комментируемая **статья**. Так, **Приказ** от 22.07.2011 **N 791н** "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" и включает: правила оказания медицинской помощи (по сути, речь идет об этапах оказания медицинской помощи); положение об организации деятельности детского офтальмологического кабинета (правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); рекомендуемые штатные нормативы; стандарт оснащения.

3. Частью 4 рассматриваемой статьи установлены требования к стандартам медицинской помощи,

важнейшее из которых состоит в том, что основанием для разработки стандартов призвана служить номенклатура медицинских услуг. В настоящее время принят и зарегистрирован в Минюсте России (24.01.2012 N 23010) [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

[Номенклатура](#) представляет собой перечень медицинских услуг, который разделен на два класса: "А" и "В". При этом класс "А" включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Класс "В" - комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

[Номенклатура](#) имеет табличную форму: в левом столбце таблицы дан код услуги, а в правом столбце - наименование медицинской услуги (например, пальпация в дерматологии; определение антигенов вируса гриппа (Influenza virus) типа А, В, С в крови; профилактический прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога; школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника и др.).

Ранее разработка стандартов медицинской помощи осуществлялась согласно [Приказу](#) Минздравсоцразвития России от 11.08.2008 N 410н "Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи" <1>.

<1> Российская газета. 2008. N 213.

С 2004 по 2007 г. Минздравсоцразвития России разработано более 600 стандартов медицинской помощи, которые, имея форму приказа (например, Приказы Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 [N 230](#) "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда" <1>, от 27.12.2007 [N 811](#) "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с другими болезнями печени (при оказании специализированной помощи)" и др.), тем не менее признаются в качестве не имеющих нормативной природы, не проходят регистрацию в Минюсте России и не подлежат официальному опубликованию.

<1> Утратил силу в связи с изданием [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 26.08.2011 N 990н "О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.08.2008 N 410н "Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи".

В [ч. 1 рассматриваемой статьи](#) не содержится характеристики стандартов как документов, имеющих нормативную природу и являющихся обязательными. И все же анализ норм подзаконного характера в системной связи с теми нормами комментируемого Закона, которые касаются стандартов (в частности, [ст. 81](#)), требует рассматривать правовую природу стандартов медицинской помощи идентичной природе порядков оказания медицинской помощи. Согласно информационному [письму](#) Минздравсоцразвития России от 24.11.2011 N 14-3/10/2-11668 "О стандартах медицинской помощи" стандарты нового поколения (в отличие от имеющихся) будут регистрироваться в Минюсте России.

Согласно новеллам [Закона](#) об охране здоровья стандарт медицинской помощи должен включать усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

4. **Частью 5 комментируемой статьи** установлено исключение из общего правила, состоящего в том, что стандарт медицинской помощи является основным ориентиром, определяющим, какие лекарственные препараты, медицинские изделия и специализированные продукты лечебного питания должны использоваться при оказании медицинской помощи согласно номенклатуре. В случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) и по решению врачебной комиссии допускается использование иных лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, нежели те, которые включены в стандарт. При этом действует правило, предусмотренное **ст. 80** комментируемого Закона: назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям не может быть оплачено за счет пациентов.

Статья 38. Медицинские изделия

Комментарий к **статье 38**

Прежде всего следует отметить, что нормы, регламентирующие вопросы, касающиеся медицинских изделий, появились в законодательстве об охране здоровья впервые. **Основы законодательства** 1993 г. специальных нормативных положений о медицинских изделиях не содержали.

С 2006 г. Росстандартом (Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии) было принято 47 ГОСТов по медицинским изделиям, которыми дана характеристика различным видам медицинских изделий.

Закон дает определение понятия "медицинские изделия" - это любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению.

К медицинским изделиям отнесено также специальное программное обеспечение, предназначенное производителем:

для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний;

для мониторинга состояния организма человека;

для проведения медицинских исследований;

для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма;

для предотвращения или прерывания беременности.

Основное условие, которое должно при этом соблюдаться, заключается в том, что функциональное назначение таких изделий не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

Медицинские изделия:

могут признаваться взаимозаменяемыми, если они сравнимы по функциональному назначению, качественным и техническим характеристикам и способны заменить друг друга;

как правило, на современном этапе характеризуют результаты развития системы оказания высокотехнологической помощи.

Однако потребность жителей страны в высокотехнологичной помощи все еще превышает имеющиеся возможности, а совокупные расходы на здравоохранение по-прежнему отстают от норм других стран. В США они составляют почти 15% от ВВП, в Западной Европе - 10 - 12% и даже в Восточной Европе - более 6 - 7%. В России пока - меньше 5%. Но даже эти 5% - серьезные средства, и государство

обоснованно интересуется эффективностью их расходования <1>.

<1> <http://imeda.ru/industry/devices-russia>

Распоряжением Правительства РФ от 01.10.2010 N 1660-р утверждена [Концепция](#) федеральной целевой программы "Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу" <1>. Как отмечено в Концепции, результатом государственного стимулирования российского производства лекарственных препаратов, медицинской техники и изделий медицинского назначения, в том числе через механизм государственных закупок, должно стать увеличение доли продукции российского производства в общем объеме потребления на внутреннем рынке до 50% к 2020 г. Кроме того, поставлена задача по налаживанию собственного производства по разным направлениям медицинских изделий.

<1> СЗ РФ. 2010. N 41 (ч. II). Ст. 5266.

Спектр направлений развития медицинской промышленности весьма широк: от относительно простых изделий (одноразовых шприцев) до сложнейших диагностических приборов (например, компьютерных и позитронно-эмиссионных томографов).

В перспективе предполагается совместная деятельность международных компаний с российскими партнерами, которая будет способствовать развитию отечественного бизнеса: российские компании получают доступ к коммерческим, производственным и сервисным знаниям и технологиям, разработанным глобальными компаниями.

Медицинские изделия подразделяются на классы в зависимости от потенциального риска их применения и на виды в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий. Номенклатурная классификация медицинских изделий утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Ранее существовал номенклатурный [классификатор](#) изделий медицинского назначения, введенный в действие Приказом Росздравнадзора от 09.11.2007 N 3731-Пр/07 <1>. Однако впоследствии данный классификатор отменен <2>, и в настоящее время имеется лишь только проект приказа Минздравсоцразвития России, предусматривающий новую номенклатурную классификацию медицинских изделий.

<1> [Приказ](#) Росздравнадзора от 09.11.2007 N 3731-Пр/07 "О введении в действие номенклатурного классификатора изделий медицинского назначения".

<2> [Приказ](#) Росздравнадзора от 07.05.2010 N 4089-Пр/10 "Об отмене приказа Росздравнадзора".

Определение понятия "обращение медицинских изделий", включает:

технические испытания;

токсикологические исследования;

клинические испытания;

экспертизу качества, эффективности и безопасности;

государственную регистрацию;

производство;

изготовление;
ввоз на территорию РФ;
вывоз с территории РФ;
подтверждение соответствия;
государственный контроль;
хранение;
транспортировку;
реализацию;
монтаж;
наладку;
применение;

эксплуатацию, в том числе техническое обслуживание, предусмотренное нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя;

ремонт;

утилизацию или уничтожение.

При этом оборот медицинских изделий на территории РФ разрешается после их обязательной государственной регистрации соответствующим органом. Порядок процедуры регистрации должен быть установлен Правительством РФ.

Порядок ввоза на территорию РФ медицинских изделий в целях государственной регистрации устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящий момент Минздравсоцразвития России разработало проект [Приказа](#), которым должен быть утвержден порядок ввоза на территорию РФ медицинских изделий в целях государственной регистрации.

Приказом Минздравсоцразвития России от 08.09.2011 N 1027н ^{<1>} утвержден Административный [регламент](#) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения.

^{<1>} [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 08.09.2011 N 1027н "Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по контролю за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения" // Российская газета. 2001. N 296.

В рамках обеспечения единого экономического пространства разрабатывается технический регламент по безопасности медицинских изделий на уровне Таможенного союза и ЕврАзЭС, который будет согласован со странами-участницами.

В настоящий период решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 N 299 "О применении санитарных мер в Таможенном союзе" установлены требования к изделиям медицинского назначения и медицинской технике ([разд. 18](#)).

Государственной регистрации подлежат все изделия, предполагаемые к использованию в медицинской практике на территории РФ. Государственная регистрация медицинских изделий должна

быть обеспечена при их массовом, серийном выпуске, что обусловлено особым их назначением.

Исключение из общих правил оборота медицинских изделий, в том числе их государственной регистрации, составляют случаи их изготовления по индивидуальным заказам для использования конкретными пациентами. В таких случаях медицинские изделия не подлежат государственной регистрации.

В целях государственной регистрации медицинских изделий проводятся оценка соответствия в форме технических испытаний, токсикологических исследований, клинических испытаний и экспертиза качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, а также испытания в целях утверждения типа средств измерений (в отношении медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, перечень которых утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти).

В настоящий период Минздравсоцразвития России разработан проект Приказа от 30.12.2011, которым должен быть утвержден порядок:

проведения оценки соответствия в форме технических испытаний, токсикологических исследований, клинических испытаний медицинских изделий в целях их государственной регистрации;

организации и проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий.

Приказом Минздравсоцразвития России от 30.10.2006 N 735 утвержден Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по регистрации изделий медицинского назначения" <1>.

<1> БНА ФОИВ. 2006. N 51.

Регистрация изделий медицинского назначения представляет собой государственную контрольно-надзорную функцию, исполняемую Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития с целью допуска изделий медицинского назначения к производству, импорту, продаже и применению на территории РФ.

Государственная регистрация медицинских изделий осуществляется посредством проведения процедуры их медицинской сертификации (сертификация продукции в здравоохранении) - подтверждения качества и безопасности медицинского оборудования, инструментов и материалов на основании испытаний и оценок.

Регистрация осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на основании результатов соответствующих испытаний и оценок, подтверждающих качество, эффективность и безопасность изделий.

Документом, подтверждающим факт регистрации изделия медицинского назначения, является регистрационное удостоверение. Оно действительно при условии сохранения в неизменности всех изложенных в нем сведений об изделии медицинского назначения и о лице, на имя которого изделие медицинского назначения зарегистрировано. Срок действия регистрационного удостоверения не ограничен.

Направление документов и данных для регистрации изделий медицинского назначения и (или) внесения изменений в регистрационную документацию на изделия медицинского назначения, а также выдача регистрационных удостоверений производятся по адресу: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, отдел, осуществляющий регистрацию изделий медицинского назначения: 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, строение 1. Время работы: будние дни с 9.00 до 18.00.

Место приема документов, необходимых для исполнения государственной функции по регистрации изделий медицинского назначения, должно быть оснащено телефоном, компьютером с возможностью

выхода в Интернет и текстом настоящего регламента.

Телефоны для справок и предварительной записи: +7(495)298-4305; +7(495)298-2290.

Адрес электронной почты: deviceregistration@roszdravnadzor.ru Общая справочная служба: +7(495)298-4628.

Сведения о зарегистрированных изделиях медицинского назначения публикуются Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ежемесячно на официальном интернет-сайте: www.roszdravnadzor.ru.

Следует отметить, что государственной регистрации подлежат все изделия, предполагаемые к использованию в медицинской практике на территории РФ. Регистрационное удостоверение является первичным документом, на его основании выдаются все прочие разрешительные документы. Регистрационное удостоверение устанавливает код ОКП для продукта, при ввозе и таможенном оформлении, определяет применимую ставку НДС - 0% для кода 94XXXX (медицинская техника) и 10% для кода 93XXXX (расходные и одноразовые материалы).

Услуги в области регистрации и сертификации изделий медицинского назначения:

получение регистрационного удостоверения;

внесение изменений в ранее выданное регистрационное удостоверение (ВИРД);

получение дубликатов регистрационных удостоверений;

декларирование соответствия и добровольная сертификация ГОСТ Р для изделий медицинского назначения;

сертификация медицинской техники как средств типа измерения (СИМН);

получение разрешительных, разъяснительных, отказных писем всех видов (Роспотребнадзор, Росздравнадзор, ВНИИИС, РОСТЕСТ и других уполномоченных органов и научных институтов);

организация технических, токсикологических, медицинских (клинических), трибологических исследований, испытаний на электромагнитную совместимость <1>.

<1> http://c-b-g.ru/services/?ELEMENT_ID=116

Услуги по государственной регистрации медицинских изделий и экспертизе качества эффективности и безопасности медицинских изделий подлежат обложению государственной пошлиной, размер которой определяется налоговым законодательством. Согласно [п. 101 ст. 333.33](#) Налогового кодекса РФ (НК РФ) (часть вторая) госпошлина за осуществление указанных юридически значимых действий уплачивается в размере 3000 рублей.

Государственная пошлина взимается за выдачу документа, удостоверяющего регистрацию каждого изделия медицинского назначения или медицинской техники. При этом за внесение изменений в данный документ взимание госпошлины не предусмотрено. За государственную регистрацию изделий медицинского назначения и медицинской техники, которые произведены в Российской Федерации, госпошлина уплачивается до подачи заявлений и (или) иных документов на совершение таких действий либо до подачи соответствующих документов. Следовательно, государственная регистрация изделий медицинского назначения и медицинской техники, которые произведены в Российской Федерации, осуществляется после уплаты государственной пошлины.

Предусматривается ведение государственного реестра медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий. Реестр ведет уполномоченный орган исполнительной власти (имеется в виду Росздравнадзор), а порядок ведения реестра должно определить Правительство РФ.

Данные реестра в обязательном порядке размещаются на официальном сайте Росздравнадзора в сети Интернет.

В государственном реестре медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, содержатся следующие сведения:

наименование медицинского изделия;

дата государственной регистрации медицинского изделия и его регистрационный номер, срок действия регистрационного удостоверения;

назначение медицинского изделия, установленное производителем;

вид медицинского изделия;

класс потенциального риска применения медицинского изделия;

код Общероссийского классификатора продукции для медицинского изделия;

наименование и место нахождения организации - заявителя медицинского изделия;

наименование и место нахождения организации - производителя медицинского изделия или организации - изготовителя медицинского изделия;

адрес места производства или изготовления медицинского изделия;

сведения о взаимозаменяемых медицинских изделиях.

Реестр является федеральной информационной системой, содержащей сведения о медицинских изделиях и об организациях, осуществляющих производство (изготовление) медицинских изделий. Реестр ведется в электронном виде с применением автоматизированной системы путем внесения реестровых записей в реестр.

Ведение реестра осуществляется в соответствии с едиными организационными, методологическими и программно-техническими принципами, обеспечивающими совместимость и взаимодействие этого реестра с иными федеральными информационными системами и сетями.

Статья 39. Лечебное питание

Комментарий к [статье 39](#)

Прежде всего стоит отметить, что нормы, регулирующие основы лечебного питания, являются новацией законодательства об охране здоровья граждан. [Основы законодательства](#) 1993 г. не содержали даже упоминания о применении лечебного питания в рамках мероприятий по организации охраны здоровья.

Как следует из определения, которое дает законодатель, лечебное питание - питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи.

Питание больного имеет большое значение не только для восстановления происходящих во время болезни потерь в организме и для поддержания сил, но и как действенное лечебное средство. Современной наукой установлено, что при любом заболевании пищевой рацион оказывает определенное воздействие, а в ряде случаев имеет решающее влияние на течение и исход болезни. Следовательно, питание больного должно быть построено на определенных лечебных началах, поэтому оно и называется лечебным.

Лечебное питание (диетотерапия) строится на основе данных по физиологии, биохимии и гигиене

питания, в частности знаний о роли отдельных пищевых веществ и продуктов, значении сбалансированности и режима питания. Лечебное питание опирается на представления о причинах, механизмах и формах течения различных заболеваний, особенностях пищеварения и обмена веществ у здорового и больного человека. Особое значение имеет знание лечебных диет, технологии приготовления диетических блюд и организационных вопросов диетологии.

Лечебное питание - обязательный метод комплексной терапии. Лечебное питание может быть главным методом лечения (при врожденных или приобретенных нарушениях усвоения отдельных пищевых веществ, например кишечных ферментопатиях) или одним из основных методов - при многих заболеваниях органов пищеварения и почек, ожирении, инсулинозависимом сахарном диабете и т.д. В других случаях лечебное питание усиливает действие различных видов терапии, предупреждая осложнения и прогрессирование болезни: хронический активный гепатит, недостаточность кровообращения, подагра, мочекаменная болезнь, инсулинозависимый сахарный диабет и др. При гипертонической болезни лечебное питание - один из основных методов лечения и вторичной профилактики (при немедикаментозной терапии) или обязательная, но дополняющая часть при лечении различными лекарствами. При инфекционных заболеваниях, туберкулезе, после операций, при ожоговой и лучевой болезни лечебное питание способствует повышению защитных сил организма, нормальному восстановлению поврежденных тканей, ускорению выздоровления, предупреждению перехода болезни в хроническую форму. Питание может повысить эффективность лекарственной терапии и уменьшить вероятность неблагоприятного действия на организм ряда лекарств.

Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, включает пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Минздравсоцразвития России 03.02.2005 утверждены Методические [рекомендации](#) по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях <1>.

<1> Официально не опубликованы.

В качестве специализированных продуктов лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях могут быть использованы смеси, содержащие основные макронутриенты и микронутриенты в оптимальных соотношениях или в количестве, необходимом для коррекции основных компонентов пищи.

Специализированные смеси ДИСО для лечебного питания, разработанные НИИ питания РАМН и рекомендованные для применения в лечебно-профилактических учреждениях: "Нутринор", "Нутримун", "Нутрифиб". Специализированная смесь "Нутринор" рекомендуется в качестве лечебного питания в ЛПУ для оптимизации восстановительного процесса и профилактики заболеваний.

Показания:

1. Лечебное питание пациентов с различными заболеваниями, не требующими проведения парентерального и энтерального питания. Используются специализированные смеси для обогащения традиционного рациона согласно действующим регламентирующим приказам или в качестве заместительной диетотерапии при необходимости проведения щадящего принципа питания (тяжелое состояние больного и средней тяжести), а также при необходимости уменьшения ферментативной нагрузки при патологии органов пищеварения.

2. Лечебное питание с полной заменой пищевых продуктов на пищевые вещества (макронутриенты), входящие в состав смесей, приготовленных на основе изолята соевого белка для проведения лечебного питания для тяжелых больных и при переходном периоде после применения мономерных и элементных смесей (энтерального питания).

3. Лечебное питание для больных с лактазной недостаточностью или клиническими симптомами непереносимости молока. В основу проведения диетотерапии положен принцип полной замены молока на сухие белковые композитные безлактозные смеси.

"Нутринор" используется:

для обогащения лечебного рациона питания и стандартных диет;

в заместительной (полностью или частично) диетотерапии при тяжелом состоянии больного;

для коррекции диеты с низким содержанием белка;

при назначении гипоаллергенной диеты.

Смесь "Нутримун" - специализированный продукт для коррекции нарушений метаболического и иммунного статуса у пациентов с угнетенной иммунной системой при тяжелых инфекционных процессах, ожогах, обширных хирургических воздействиях. Препарат используется:

в заместительной (полностью или частично) диетотерапии при тяжелом состоянии больного;

для коррекции иммунодефицитного состояния;

в переходном периоде от энтерального к лечебному питанию.

Смесь "Нутрифиб" обеспечивает поддержание нормальной микрофлоры кишечника, восстановление его биоценоза и нормального функционирования. Используется у пациентов, которым необходимо длительное обеспечение питанием, обогащенным пищевыми волокнами; у больных, длительно находящихся в лежачем положении (в том числе геронтология), для компенсации недостаточного обеспечения балластными веществами, для нормализации частоты стула при запорах. "Нутрифиб" используется для компенсации недостаточного обеспечения балластными веществами.

Специализированными продуктами лечебного питания являются пищевые продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма.

Специализированные продукты лечебного питания представляют собой специально разработанные продукты для питания больных людей с целью замены обычных продуктов, запрещенных к употреблению по медицинским показаниям. К ним прежде всего относятся лечебные продукты, используемые при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, при нарушении акта жевания и глотания, в послеоперационном периоде они должны обеспечивать максимальное механически и химически щадящее питание, поэтому имеют высокую степень измельчения, содержат очень мало клетчатки, экстрактивных веществ, специй и соли; лечебные продукты, предназначенные для применения при заболеваниях, связанных с нарушениями обмена веществ (атеросклероз, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, ожирение и т.д.). Поэтому в данных продуктах ограничивается содержание некоторых пищевых веществ (соли, белка, насыщенных жирных кислот, сахара и др.). Кроме этого, в них увеличено содержание витаминов, незаменимых жирных кислот, лецитина, минеральных веществ и микроэлементов, которые способствуют нормализации нарушенного обмена.

Особо следует выделить специализированные продукты лечебного питания, предназначенные для питания больных с наследственными нарушениями обмена веществ (например, при фенилкетонурии или лактазной недостаточности). В таких продуктах резко ограничиваются или полностью исключаются непереносимые организмом вещества. Так, при фенилкетонурии полностью исключается из питания аминокислота фенилаланин, которая организмом воспринимается как яд в силу дефекта ферментной системы. Существуют специализированные продукты лечебного питания для детей, страдающих фенилкетонурией, галактоземией, целиакией.

Так, Приказом Минздравсоцразвития России от 09.01.2007 N 1 <1> утвержден [Перечень](#) специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов. В данный перечень включены специализированные продукты лечебного питания:

<1> БНА ФОИВ. 2007. N 7.

без фенилаланина для детей-инвалидов, страдающих фенилкетонурией, согласно возрастным нормам;

без лактозы и галактозы для детей-инвалидов, страдающих галактоземией, согласно возрастным нормам;

без глютена для детей-инвалидов, страдающих целиакией, согласно возрастным нормам.

Специализированное питание - весьма всеобъемлющее понятие, поскольку затрагивает такие области применения, как спортивное питание, диетическое лечебное питание, лечебно-профилактическое питание при вредных условиях труда, питание беременных и кормящих женщин, питание детей раннего возраста, детское и школьное питание, энтеральное и парентеральное питание.

Особенности какого-либо вида специализированного питания определяются прежде всего возрастом, массой тела, индивидуальными особенностями переносимости пищевых продуктов, видами спорта, наличием конкретного заболевания, особенностями вредного производства. С учетом этих особенностей определяются задачи и способы использования специализированного питания с целью достижения максимальной эффективности. Например, в спортивном питании необходимо правильно выбрать рецепт протеинового коктейля для наращивания мышц <1>.

<1> <http://www.normoprotein.ru/spec-nutrition.html>

Специализированные продукты питания в настоящее время в рамках Единых санитарных правил Таможенного союза ЕвразЭС определяются как подлежащие обязательной государственной регистрации специализированные пищевые продукты, в том числе продукты детского питания, продукты для беременных и кормящих женщин, продукты диетического (лечебного и профилактического) питания, продукты для питания спортсменов. Следует отметить, что широко используемый ранее термин "специализированные продукты питания" не верен как со смысловой, так и с физиологической точки зрения. В официальной терминологии сейчас используют понятие "специализированные пищевые продукты".

В числе документов Таможенного союза, регулирующих вопросы специализированного питания, следует выделить решение Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 N 299 "О применении санитарных мер в таможенном союзе", которым определен [перечень](#) специализированных продуктов для лечебного питания детей.

Специализированное медицинское питание - это, как правило, искусственное питание больного, который не способен принимать пищу самостоятельно (при потере сознания, после операции, при травмах, при нарушении усвоения пищи вследствие ожога пищевода химическими веществами и т.п. Такое питание также применяют в том случае, если пациент отказывается от пищи вследствие анорексии или психического расстройства.

Лечебно-профилактическое питание направлено на предупреждение неблагоприятного воздействия химических, физических и биологических факторов на организм человека, с которыми он сталкивается в условиях профессиональной деятельности. Оно преследует цель укрепления здоровья, предупреждения профессиональных отравлений и заболеваний. С помощью рационально построенных диет обеспечиваются повышение общей устойчивости организма, использование антидотных свойств компонентов пищи, их протекторного воздействия на структуру и функцию наиболее поражаемых органов, компенсация избыточно расходуемых пищевых и биологически активных веществ в связи с воздействием ядов, ограничение их всасывания, замедление метаболизма и ускорение выведения из организма. Специальные рационы лечебно-профилактического питания подобраны с целью предупреждения нарушений в организме, обусловленных хроническим воздействием вредных профессиональных факторов.

Нормы лечебного питания утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной

власти. При этом в настоящий период Приказом Минздравсоцразвития России от 16.02.2009 N 46н утвержден [перечень](#) производств, профессий и должностей, работа в которых дает право на бесплатное получение лечебно-профилактического питания в связи с особо вредными условиями труда, рационов лечебно-профилактического питания, норм бесплатной выдачи витаминных препаратов и правил бесплатной выдачи лечебно-профилактического питания.

Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Комментарий к [статье 40](#)

Одной из важнейших гарантий охраны здоровья граждан со стороны государства является проведение реабилитационных мероприятий за счет средств федерального бюджета.

Приказом Минздравсоцразвития России от 09.03.2007 N 156 <1> утвержден [Порядок](#) организации медицинской помощи по восстановительной медицине, которым определены общие требования к организации оказания медицинской помощи по восстановительной медицине.

<1> Российская газета. 2007. N 69.

Медицинская помощь по восстановительной медицине включает:

восстановительное лечение больных непосредственно после интенсивного (консервативного, оперативного) лечения острых заболеваний, травм, отравлений;

медицинскую реабилитацию больных и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний;

оздоровление лиц групп риска.

Восстановительная медицина как этап оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи может быть организована:

в муниципальном районе (поликлиника, в том числе детская);

в городском округе (городская поликлиника, в том числе детская, центр, медсанчасть, городская больница, в том числе детская);

в учреждениях здравоохранения субъектов РФ и федеральных органов исполнительной власти, в том числе детских (областная, краевая, республиканская, окружная больница, диспансер, специализированная больница, поликлиника, госпиталь, центр).

Медицинская помощь по восстановительной медицине может осуществляться лечебно-профилактическими учреждениями государственной, муниципальной систем здравоохранения и предусматривает выполнение работ и услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической, стационарной и санаторно-курортной медицинской помощи.

Такая помощь может оказываться в рамках:

амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе в условиях дневного стационара, - отделением (кабинетом) восстановительной медицины учреждения здравоохранения;

стационарной помощи:

1) отделением восстановительного лечения (стационарным круглосуточного пребывания) учреждения здравоохранения;

2) специализированным реабилитационным отделением санатория;

3) больницей восстановительного лечения, в том числе детской;

4) отделением медицинской реабилитации центра восстановительной медицины и реабилитации, а также других центров;

санаторно-курортной медицинской помощи:

1) санаторно-курортными учреждениями (санаторий, детский санаторий, санаторий для детей с родителями, санаторий-профилакторий, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия и др.);

2) санаторно-оздоровительным отделением центра восстановительной медицины и реабилитации.

Оказывается медицинская помощь по восстановительной медицине медицинскими работниками учреждений здравоохранения (их отделений, кабинетов): врачами по восстановительной медицине и другими врачами-специалистами, имеющими подготовку по восстановительной медицине, а также врачами-физиотерапевтами, врачами-психотерапевтами, врачами-рефлексотерапевтами, врачами-диетологами, врачами по лечебной физкультуре, врачами мануальной терапии, медицинскими психологами, а также медицинскими сестрами, имеющими подготовку по восстановительной медицине, по физиотерапии, по медицинскому массажу, по функциональной диагностике, инструкторами по лечебной физкультуре.

Медицинская помощь по восстановительной медицине включает:

восстановительное лечение больных в условиях больницы (отделения) восстановительного лечения, центра восстановительной медицины и реабилитации непосредственно после стационарного лечения;

долечивание больных в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения;

восстановительное лечение больных в условиях отделения (кабинета) восстановительной медицины непосредственно после интенсивного (амбулаторного, стационарного) лечения;

медицинскую реабилитацию больных и инвалидов в условиях центра восстановительной медицины и реабилитации, других центров, а также санаторно-курортных учреждений;

медицинскую реабилитацию лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, в условиях санатория;

оздоровление лиц групп риска в условиях отделения (кабинета) восстановительной медицины учреждений здравоохранения.

Организация медицинской помощи по восстановительной медицине основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности между амбулаторно-поликлиническими, больничными и санаторно-курортными учреждениями.

Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности) оказывается на основании [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 29.04.2010 N 307н "О внесении изменений в Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2009 N 1047н "О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета" <1>.

<1> Зарегистрирован в Минюсте России 26.05.2010 N 17369 // СПС.

Дополнительная бесплатная медицинская помощь при наличии медицинских показаний может быть предоставлена в виде путевки на санаторно-курортное лечение, обеспечение которым осуществляется

путем предоставления гражданам путевок в санаторно-курортные организации <1>.

<1> Право социального обеспечения России / Под ред. К.Н. Гусова. М., 2009. С. 479.

В настоящее время продолжает действовать [Указ](#) Президента РФ от 02.10.1992 N 1157 "О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов" (ред. от 24.09.2007), согласно которому граждане, впервые признанные инвалидами I группы и имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются не реже одного раза в течение первых трех лет после установления инвалидности бесплатной путевкой в санаторно-курортное учреждение и билетами на проезд к месту лечения и обратно с 50-процентной скидкой.

Гражданам, имеющим право на получение мер социальной поддержки, в том числе на санаторно-курортное лечение, предоставлена возможность самостоятельно определить наиболее приемлемую для себя форму их получения - в виде набора социальных услуг или ежемесячной денежной выплаты с учетом его стоимости.

Статья 41. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Комментарий к [статье 41](#)

Понятие чрезвычайной ситуации и ее ликвидации законодательно закреплено в [ст. 1](#) Федерального закона от 21.12.1994 N 68-ФЗ "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера" <1>.

<1> Российская газета. 1994. N 250.

Чрезвычайная ситуация - это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Ликвидация чрезвычайных ситуаций - это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении чрезвычайных ситуаций и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей среде и материальных потерь, а также на локализацию зон чрезвычайных ситуаций, прекращение действия характерных для них опасных факторов.

Министерство здравоохранения 11.03.2003 разработало Методические [рекомендации](#) N 2002/144 по оказанию психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинская эвакуация, осуществляется Всероссийской службой медицины катастроф (далее - Служба). Данная Служба руководствуется в своей деятельности [Положением](#) о Всероссийской службе медицины катастроф, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 28.02.1996 N 195 (ред. 12.08.2011) <1>.

<1> Российская газета. 1996. N 49.

Всероссийская служба медицины катастроф является функциональной подсистемой единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Основными задачами Службы являются:

организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации чрезвычайных ситуаций;

оказание экстренной и консультативной медицинской помощи пострадавшим (больным) и

осуществление медицинской эвакуации;

обеспечение готовности органов управления, системы связи и оповещения, формирований и учреждений Службы к реагированию и действиям в чрезвычайных ситуациях;

участие в разработке и выполнении научно-технических программ по совершенствованию организации деятельности Службы, обеспечение контроля за ходом реализации программ, использованием выделенных финансовых средств, эффективностью программных мероприятий и подготовка предложений по их корректировке;

участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий в условиях чрезвычайных ситуаций;

создание и рациональное использование резервов финансовых, медицинских и материально-технических ресурсов для обеспечения работы Службы;

участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите населения, проведении гуманитарных акций, обеспечении условий для реализации гражданами своих прав и обязанностей в области защиты от чрезвычайных ситуаций;

разработка и постоянное совершенствование системы медицинского обеспечения населения при возникновении чрезвычайных ситуаций;

прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;

участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой помощи в чрезвычайных ситуациях;

методическое руководство системой подготовки и повышения квалификации, а также аттестацией специалистов Службы;

научно-исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности Службы;

международное сотрудничество в области медицины катастроф.

Розыск пораженных, их извлечение из-под завалов, из очагов пожаров, вынос (вывоз) с местности (участка, объекта), зараженной радиоактивными и сильнодействующими ядовитыми веществами, оказание первой помощи на месте поражения выполняются аварийно-спасательными формированиями единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Служба функционально объединяет:

Службу медицины катастроф Минздравсоцразвития России;

Службу медицины катастроф Министерства обороны РФ;

силы и средства Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерства внутренних дел РФ, иных федеральных органов исполнительной власти, Российской академии медицинских наук, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, открытого акционерного общества "Российские железные дороги" и других организаций, предназначенные и выделяемые (привлекаемые) для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Задачи, порядок деятельности и структура, состав сил и средств Службы медицины катастроф Минздравсоцразвития России и Службы медицины катастроф Министерства обороны РФ определяются положениями о них, утверждаемыми соответственно названными министерствами.

Состав входящих в Службу сил и средств иных федеральных органов исполнительной власти, а также органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и организаций

определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления и организациями.

Служба в целях выполнения возложенных на нее задач осуществляет свою деятельность на федеральном, межрегиональном, региональном, муниципальном и объектовом уровнях.

По решению руководителя Службы для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации с учетом ее масштаба, степени потенциальной опасности, медико-санитарных и социальных последствий могут привлекаться все находящиеся в зоне чрезвычайной ситуации силы и средства Службы независимо от их уровня.

При недостаточности муниципальных и (или) региональных возможностей для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации на соответствующей территории могут быть привлечены силы и средства иных функциональных подсистем единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, формируемых Минздравсоцразвития России.

Финансирование Службы осуществляется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов, средств заинтересованных организаций с учетом соответствующих федеральных целевых программ.

Статья 42. Особенности организации оказания медицинской помощи населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций

Комментарий к [статье 42](#)

Закрытым административно-территориальным образованием признается имеющее органы местного самоуправления административно-территориальное образование, созданное в порядке, предусмотренном [ст. 2](#) Закона РФ от 14.07.1992 N 3297-1 "О закрытом административно-территориальном образовании" в целях обеспечения безопасного функционирования находящихся на его территории организаций, осуществляющих разработку, изготовление, хранение и утилизацию оружия массового поражения, переработку радиоактивных и других представляющих повышенную опасность техногенного характера материалов, военных и иных объектов, для которых в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства устанавливается особый режим безопасного функционирования и охраны государственной тайны, включающий специальные условия проживания граждан.

Названное образование находится в ведении федеральных органов государственной власти, в том числе по вопросам медико-санитарного обеспечения в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан населения закрытых административно-территориальных образований, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий.

Распоряжением Правительства РФ от 21.08.2006 N 1156-р (ред. от 07.12.2011) [<1>](#) утверждены [перечни организаций и территорий, подлежащих обслуживанию](#) Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА России).

[<1>](#) СЗ РФ. 2006. N 35. Ст. 3774.

Федеральное медико-биологическое агентство [<1>](#) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения и социального развития, включая оказание медицинской помощи, организацию медико-социальной экспертизы и организацию деятельности службы крови, функции по контролю и надзору в сфере донорства крови и ее компонентов, по организации предоставления социальных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации для социально незащищенных категорий граждан, а также функции по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей

промышленности с особо опасными условиями труда (в том числе при подготовке и выполнении космических полетов по пилотируемым программам, проведении водолазных и кессонных работ) и населения отдельных территорий, в том числе медико-санитарное обеспечение работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий (включая предоставление услуг в области курортного дела, организацию проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, трансплантацию органов и тканей человека).

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 11.04.2005 N 206 "О Федеральном медико-биологическом агентстве" (в ред. от 24.03.2011) // Российская газета. 2005. N 84.

Федеральное медико-биологическое агентство: находится в ведении Минздравсоцразвития России; осуществляет деятельность непосредственно или через свои территориальные органы, а также через подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями;

организует в сфере здравоохранения и социального развития:

1) медицинскую помощь, включая медико-санитарное обеспечение работников обслуживаемых организаций, в том числе при подготовке и выполнении космических полетов по пилотируемым программам, при проведении водолазных и кессонных работ, и населения обслуживаемых территорий (включая высокотехнологичную медицинскую помощь, в том числе трансплантацию органов и тканей, а также лечение за границей, санаторно-курортное лечение и реабилитацию, медико-социальную и лекарственную помощь, проведение судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз);

2) санаторно-курортное лечение и реабилитацию;

3) медико-санитарное и медико-биологическое обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации и их ближайшего резерва, включая проведение углубленного медицинского обследования спортсменов.

Статья 43. Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

Комментарий к [статье 43](#)

Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 <1> утверждены: [Перечень](#) социально значимых заболеваний и [Перечень](#) заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

1 Российская газета. 2004. N 271.

К заболеваниям, признаваемым в Российской Федерации социально значимыми, относятся: туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; гепатит В; гепатит С; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); злокачественные новообразования; сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

К заболеваниям, представляющим опасность для окружающих в Российской Федерации, относятся: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; гепатит В; гепатит С; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия; педикулез, акариоз и другие инфекации; сип и мелиоидоз; сибирская язва; туберкулез; холера; чума.

Особенности организации оказания медицинской помощи могут устанавливаться отдельными Федеральными законами, в частности:

от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (ред. от 07.12.2011);

от 18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (ред. от 18.07.2011);

от 30.03.1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (ред. от 18.07.2011);

а также **Законом** РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ред. от 21.11.2011) и рядом подзаконных нормативных правовых актов.

Статья 44. Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями

Комментарий к [статье 44](#)

Редкие, орфанные, заболевания (англ. rare disease, orphan disease) - заболевания, затрагивающие небольшую часть популяции. Для стимуляции их исследований и создания лекарств для них (орфанные препараты) обычно требуется поддержка со стороны государства.

Многие редкие заболевания являются генетическими и, следовательно, сопровождают человека в течение всей жизни, даже если симптомы проявляются не сразу. Многие редкие болезни возникают в детстве, и около 30% детей с редкими заболеваниями не доживают до 5 лет.

Орфанные заболевания - редкие патологии. Больные, страдающие такими заболеваниями, часто сталкиваются с отсутствием информации о диагностике и лечении болезни, а также с недоступностью лекарств. В России орфанными заболеваниями страдают около 2 млн. человек. Несмотря на различие диагнозов, пациенты сталкиваются с одними и теми же проблемами: недоступностью информации о заболевании, диагностике, лечении и реабилитации.

Не существует какого-то единого уровня распространенности заболевания в популяции, при котором его начинают считать редким. Заболевание может быть редким в одной части мира или среди какой-то группы людей, но при этом часто встречающимся в других регионах или среди других групп людей.

Нет и единого, широко принимаемого определения редких заболеваний. Некоторые определения полагаются на количество людей, живущих с заболеванием, другие могут включать иные факторы, например доступность лечения болезни или возможность облегчения ее течения.

В определении редких заболеваний следует обратить внимание на опыт и практику некоторых иностранных государств, поскольку она не содержит каких-либо единых подходов отнесения заболевания к редкому (орфанному), как, впрочем, и в количественной составляющей их обнаружения от проживающего населения страны.

Так, в США Акт о редких заболеваниях (Rare Disease Act) 2002 г. определяет редкие болезни как "болезни или состояния, затрагивающие менее 200000 людей в США" ("any disease or condition that affects less than 200000 persons in the United States"), или примерно 1 человека из 1500. Такое определение очень близко к определению из Закона об орфанных препаратах (Orphan Drug Act) 1983 г., федерального закона, написанного, чтобы стимулировать исследования редких болезней и разработку лекарств от них. В свою очередь, в Японии редкие болезни определяются как болезни, затрагивающие менее 50000 пациентов, или около 1 из 2500.

Однако European Commission on Public Health определяет редкие болезни как угрожающие жизни или хронические серьезные болезни, имеющие настолько низкий уровень в популяции, что для их изучения и борьбы с ними требуются специальные общие усилия "life-threatening or chronically debilitating diseases which are of such low prevalence that special combined efforts are needed to address them." Низкий уровень в популяции обычно соответствует менее чем 1 из 2000. Болезни, не являющиеся угрожающими жизни, серьезными хроническими либо адекватно излечимыми, исключаются из определения.

В медицинской литературе приняты сходные определения с уровнем распространенности от 1 из 1000 до 1 из 200000.

Организация EURORDIS оценивает, что существует от 5 тыс. примерно до 7 тыс. различных редких заболеваний. Хотя для каждого из них встречаемость в популяции будет низкой, совокупно редкими болезнями болеет от 6 до 8% жителей Евросоюза.

Среди различных популяций встречаемость редких болезней будет различна, т.е. болезнь, редкая в одной популяции, может быть часто встречаемой среди других популяций. Особенно это характерно для генетических и инфекционных заболеваний. Например, муковисцидоз (кистозный фиброз) - генетическое заболевание, редкое для многих частей Азии, но достаточно частое в Европе и бывших европейских колониях. В малых странах или популяциях эффект основателя может привести к тому, что болезнь, редкая в большинстве мировых популяций, становится очень частой для данного сообщества. Многие инфекционные заболевания часто встречаются на какой-либо определенной территории и редки в других местах планеты. Иные виды заболеваний, например редкие формы рака, не имеют каких-то неоднородностей во встречаемости и являются просто редкими. Например, любые формы рака у детей считаются редкими, поскольку рак развивается у небольшого количества детей.

Большая часть редких болезней - генетические, и, следовательно, хронические. EURORDIS оценивает, что как минимум 80% редких болезней имеет связанные с ними генетические отклонения. В России редкими предлагается считать заболевания с "распространенностью не более 10 случаев на 100000 человек".

Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России разработал проект перечня редких (орфанных) заболеваний, в который внесены 86 заболеваний. Количество россиян с этими болезнями оценивалось в чуть менее чем 13 тыс. человек.

Перечень редких (орфанных) заболеваний формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещается на его официальном сайте в сети Интернет. Перечень орфанных заболеваний планируется утвердить до июля 2012 г. При этом Правительством РФ также должен быть утвержден перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, из числа редких (орфанных) заболеваний.

В целях своевременного учета и обеспечения лекарственными препаратами лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, ведется соответствующий Федеральный регистр указанных лиц. В данном регистре содержатся следующие сведения:

страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

фамилия, имя, отчество, а также фамилия, которая была у гражданина при рождении;

дата рождения;

пол;

адрес места жительства;

серия и номер паспорта (свидетельства о рождении) или удостоверения личности, дата выдачи указанных документов;

дата включения в Федеральный регистр;

диагноз заболевания (состояние);

иные сведения, определяемые Правительством РФ.

Порядок ведения Федерального регистра должно определять Правительство РФ. Полномочия по его ведению возложены на уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

С учетом федеративной (двухуровневой) конструкции системы органов государственной исполнительной власти на территориях (в субъектах РФ) органами власти субъектов ведется региональный сегмент регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями.

На региональные органы власти возложены обязанности по своевременному предоставлению сведений из регионального регистра в Федеральный регистр. Порядок ведения регистра на территориальном уровне определяется Правительством РФ.

Статья 45. Запрет эвтаназии

Комментарий к [статье 45](#)

Термин euthanasia происходит от греческих слов: eu - хорошо и thanatos - смерть. Как известно, впервые этот термин был предложен в XVI в. английским философом Френсисом Бэконом и обозначал легкую, безболезненную смерть, которая не сопровождается длительной тяжелой агонией и не вызывает физических и моральных мучений для умирающего человека и его близких. Человеку хочется умереть подобно тому, как ему хочется заснуть.

Вопрос об эвтаназии и правовых основаниях ее применения ведется уже достаточно давно, и мировое сообщество весьма неоднозначно отнеслось к данной проблеме.

Тем не менее на уровне международных документов приняты и действуют некоторые очертания регулирования вопросов эвтаназии, являющихся попутно ориентирами для национальных законодательств.

Одним из наиболее известных документов, прямо указывающих на возможность использования эвтаназии, является принятая в 1987 г. в Мадриде на 39-й Всемирной медицинской ассамблее Декларация, которая содержит общее отношение к данному социальному явлению с точки зрения права.

Декларация, в частности, указывает, что эвтаназия, т.е. акт преднамеренного прерывания жизни пациента, даже сделанная по просьбе самого пациента или по просьбе его близких родственников, является неэтичной. Это не освобождает врача от принятия во внимание желания пациента, чтобы естественные процессы умирания шли своим ходом в завершающей стадии заболевания.

Надо сказать, что эвтаназия и юридическая возможность ее осуществления тесным образом переплетаются с правом на жизнь, правовое регулирование которого воспринято в целом ряде международных правовых актов. К числу таких документов, без сомнения, относятся, в частности, Всеобщая [декларация](#) прав человека от 10.12.1948, Международный [пакт](#) о гражданских и политических правах от 16.12.1966 <1>, Европейская [конвенция](#) по защите прав человека и основных свобод от 04.11.1950 <2> и другие нормативно-правовые акты.

<1> Бюллетень Верховного Суда РФ. 1994. N 12.

<2> Бюллетень международных договоров. 2001. N 3.

Запрет на осуществление эвтаназии в России не является новым для отечественного законодательства. Как известно, [ст. 45](#) Основ законодательства 1993 г. содержала норму, согласно которой медицинскому персоналу запрещалось осуществление эвтаназии, т.е. удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

В Законе об охране здоровья (кстати, тоже в [ст. 45](#)) содержится сходная формулировка как собственно запрета эвтаназии, так и ее содержательного понятия. Правда, в отличие от [Основ](#)

законодательства 1993 г. предложенная статья не содержит упоминания об ответственности лиц, сознательно побуждающих к эвтаназии либо непосредственно ее осуществляющих.

В современной периодической литературе под эвтаназией исходя из действующего российского законодательства предлагают понимать прямые, умышленные действия медицинского персонала, совершенные по просьбе пациента и повлекшие его быструю смерть <1>.

<1> Толстая Е.В. **Распоряжение правом на жизнь**: правовой аспект // Юридический мир. 2011. N 6. С. 28 - 30.

Что касается формы осуществления эвтаназии, то анализ ее определения дает возможность вести речь о ее запрете как в активной, так и в пассивной форме. В первом случае имеется в виду действие, а во втором - бездействие. При этом к активной эвтаназии не относится ни так называемое убийство из "милосердия", ни "самоубийство, ассистируемое врачом" <1>.

<1> Капинус О.В. Эвтаназия как социально-правовое явление: Автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2006. С. 11.

Необходимо отметить, что законодательство не содержит каких-либо отступлений или изъятий из общего принципа императивного запрета и дает однозначное толкование соответствующей правовой нормы. Впрочем, данный запрет в Законе об охране здоровья подкрепляется обязанностью медицинского работника, дающего клятву врача, проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии (п. 1 ст. 71). Данный запрет активно воспринимается на корпоративном уровне в нормах-самообязательствах этического характера, нередко применяемых в профессиональных сообществах, в том числе и в медицинской сфере <1>.

<1> Например, запрет на осуществление эвтаназии закреплён в ст. 14 Этического кодекса российского врача, утвержденного Ассоциацией врачей России в ноябре 1994 г., а также в ст. 9 Этического кодекса медицинской сестры.

Вокруг вопроса о возможности (невозможности) осуществления эвтаназии, правомерности использования юридических подходов к активной либо пассивной ее форме ведется активная научная дискуссия. Как известно, согласно Конституции РФ (ст. 20) каждый имеет право на жизнь. Однако вряд ли можно безапелляционно согласиться с тем, что право на смерть является зеркальным отражением права на жизнь, несмотря на то что каждый человек волен распорядиться своей жизнью с учетом высказываемого в литературе мнения о необходимости установить правовой запрет на суицид и предусмотреть юридическую ответственность за его попытку <1>.

<1> Лапшин В.Е. Смерть как правовое явление: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Владимир, 2005. С. 9.

Тем не менее косвенно законодательство о здравоохранении признает право человека самостоятельно решить вопрос о необходимости оказания ему медицинской помощи и, собственно, распорядиться правом на жизнь. Правда, в таких случаях законодатель почему-то исключает какую-либо активную роль врача в осуществлении выбора больного. Речь, как известно, идет о ст. 33 Основ законодательства 1993 г., предусматривающей отказ от медицинского вмешательства. В случае если гражданин или его законный представитель отказываются от медицинского вмешательства или требуют его прекращения, врач обязан в доступной форме разъяснить пациенту возможные последствия отказа от лечения, оформить это записью в медицинской документации и подписаться совместно с отказавшимся.

Парадоксально, но оказывается, что даже не сам больной, а другой человек помимо воли больного вправе решить за него вопрос об эвтаназии и соответственно распорядиться правом на жизнь,

принадлежащим другому лицу. Анализ той же [ст. 33](#) Основ законодательства 1993 г. позволяет сделать вывод, что родители несовершеннолетнего, не достигшего 15 лет, вправе отказаться от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни их ребенка. Таким образом, следует, что осуществление пассивной эвтаназии по отношению к ребенку возможно. В такой ситуации больничное учреждение имеет право (но не обязанность) обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

Несмотря на всю незыблемость права на жизнь с его позитивной правовой охраной, оно не может отражать подлинный смысл прав и свобод человека и гражданина.

По крайней мере, если активные формы эвтаназии представляются действительно явлением социально опасным, то пассивные формы могут при определенных условиях быть вполне допустимыми, что и получает подтверждение в ряде европейских государств. Так, первый шаг по легализации пассивной эвтаназии предпринят и парламентариями Франции, которыми в декабре 2004 г. принят закон, закрепляющий права неизлечимо больного пациента требовать прекратить лечение, а также возможность применения врачами сильных обезболивающих средств, даже если те ускоряют смерть пациента <1>.

<1> Стефанчук Р.А. [Возвращаясь к вопросу о легализации](#) эвтаназии в странах СНГ: pro et contra // Право и политика. 2005. N 7.

Наверное, в связи с этим некоторые полагают, что возможно законодательное закрепление пассивной эвтаназии <1>, что закладывает в российской юридической науке устойчивое представление о возможности эвтаназии. Следует привести ряд аргументов, высказанных в пользу данного подхода.

<1> Бородин С., Глушков В. Уголовно-правовые проблемы эвтаназии // Сов. юстиция. 1992. N 9 - 10. С. 34; Красавчикова Л.О. Понятие и система личных неимущественных прав граждан (физических лиц) в гражданском праве Российской Федерации. Екатеринбург, 1994; Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. 2000. N 11. С. 58 - 59; Фомичев Е.К. Эвтаназия как форма реализации права на смерть (общетеоретический аспект): Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тамбов, 2006. С. 8.

Во-первых, конституционное установление права на жизнь предполагает юридическое закрепление права на смерть, и, как полагает М.А. Романова, это право означает возможность человека самостоятельно распорядиться своей жизнью, в том числе добровольно принять решение о сроках и способах ухода из нее <1>.

<1> Романова М.А. [Социально-правовые аспекты эвтаназии](#) // Социальное и пенсионное право. 2006. N 1.

Во-вторых, говоря о возможности эвтаназии, А.А. Малиновский полагает юридически невозможной ситуацию, когда человек, имея право жить, не имеет права умереть, что он свободен на законных основаниях распоряжаться своей собственностью, но не жизнью <1>.

<1> Малиновский А.А. Имеет ли человек право на смерть? // Российская юстиция. 2002. N 8. С. 54.

В-третьих, очевидно, что, если право на жизнь относится к числу личных прав человека, его реализация осуществляется им индивидуально и самостоятельно независимо от воли других <1>. Причем в отдельных случаях ученые в своих рассуждениях идут еще дальше и, признавая право человека на смерть, видят в эвтаназии форму реализации данного права <2>. А некоторые авторы, допуская ее применение, даже полагают, что отсутствие в законодательстве РФ нормы, разрешающей эвтаназию, унижает человеческое достоинство <3>.

<1> Дубинин О.А. [Правовые проблемы эвтаназии в России](#) // Социальное и пенсионное право. 2006. N 2.

<2> Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. 2000. N 11. С. 58 - 59; Фомичев Е.К. Эвтаназия как форма реализации права на смерть (общетеоретический аспект): Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тамбов, 2006. С. 8.

<3> Тасаков С. Запрет эвтаназии унижает человеческое достоинство // Российская юстиция. 2003. N 2. С. 40 - 42.

Многие теоретические и практические споры могут быть разрешены в случае отказа от использования термина "пассивная эвтаназия", в котором искусственно соединены права пациентов на выбор способа лечения и отказ от лечения <1>.

<1> Толстая Е.В. [Распоряжение правом на жизнь](#): правовой аспект // Юридический мир. 2011. N 6. С. 28 - 30.

Поэтому, скорее всего, более взвешенной является нейтральная позиция государства в решении вопроса о возможности пассивной эвтаназии, когда государство, признавая жизнь естественным правом, не правомочно ни в осуществлении эвтаназии, ни в содействии самоубийству <1>. Кроме того, эвтаназия должна быть обеспечена обязанностями государства о предоставлении информации пациенту о его здоровье, помощи психотерапевта, безболезненности его кончины <2>.

<1> Фомиченко Т.М. Конституционно-правовые проблемы обеспечения в Российской Федерации права на жизнь в свете правовых стандартов Совета Европы: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2004. С. 25.

<2> Палькина Т.Н. [Проблемы реализации права на жизнь](#) // Социальное и пенсионное право. 2008. N 4.

Понятно, что в настоящий период социально-экономического развития страны вряд ли можно легализовать данный подход, учитывая достаточно сложные морально-этические аспекты данной проблемы и общее "самочувствие" общества в реализации и соблюдении личных неотъемлемых благ и свобод. На данном этапе в любом случае ограничение регулирования вопросов эвтаназии всего-навсего лишь одной единственной нормой ни в коей мере не вносит ясность и определенность в действия как тяжело больного пациента, так и медицинского персонала. Фактически решение этого принципиального вопроса отдается на уровень правоприменительной практики и уголовно-правовой квалификации деяний, связанных со смертью пациентов в медицинских учреждениях.

Статья 46. Медицинские осмотры, диспансеризация

Комментарий к [статье 46](#)

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

В комментируемой [статье](#) названы следующие виды медицинских осмотров: профилактический, предварительный, периодический, предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

В [статье 29](#) Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом

благополучия населения" (ред. от 07.12.2011) закреплено, что в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами РФ санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению санитарной охраны территории РФ, введению ограничительных мероприятий (карантина), осуществлению производственного контроля, мер в отношении больных инфекционными заболеваниями, проведению медицинских осмотров, профилактических прививок, гигиенического воспитания и обучения граждан.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия подлежат включению в разрабатываемые федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Предварительный медицинский осмотр проводится при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению.

Предварительные (перед поступлением на работу) и периодические медицинские осмотры являются важнейшим условием раннего выявления нарушения здоровья, возникающего под влиянием вредных производственных факторов.

Предварительный медицинский осмотр проводится перед поступлением на работу и (или) при переводе рабочего на рабочее место, представляющее собой потенциальную опасность для здоровья. Полученные данные о состоянии здоровья каждого обследуемого имеют неопределимое значение для динамических наблюдений за рабочими в последующие годы.

Задачей предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу является определение соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе ([ст. 213 ТК РФ](#)).

Предварительные медицинские осмотры проводятся для лиц, принимаемых (переводимых) на работы, связанные с воздействием на работника вредных и (или) опасных производственных факторов. Основными задачами предварительных медицинских осмотров являются:

экспертиза профпригодности;

выявление лиц с подозрением на профессиональные заболевания.

Для проведения предварительных медицинских осмотров работодатель обязан заключить долгосрочный (не менее чем на три года) договор с медицинской организацией, имеющей лицензию на право проведения предварительных медицинских осмотров лиц, принимаемых на работы с вредными и (или) опасными условиями труда.

Медицинская организация по результатам предварительных медицинских осмотров:

выдает работнику заключение о возможности (невозможности) работы в конкретных условиях труда;

направляет лиц с подозрением на профессиональное заболевание в центр профпатологии субъекта РФ (либо иной территориальный или ведомственный центр профпатологии, имеющий лицензию на право проведения экспертизы связи заболевания с профессией) для решения вопроса об установлении связи заболевания с профессией (в отношении работников, ранее работавших во вредных условиях труда, у которых в процессе предварительного осмотра выявлены признаки профессионального заболевания);

выдает индивидуальные рекомендации работнику по лечению, реабилитации и профессиональной ориентации по медицинским показаниям в зависимости от условий труда.

Предварительные и периодические медицинские осмотры лиц, занятых на отдельных видах работ, проводятся в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев и обеспечения безопасности труда. Задачами периодических медицинских осмотров являются:

динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников;

своевременное выявление ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников;

своевременная диагностика начальных форм профессиональных заболеваний;

раннее выявление общих заболеваний, в том числе являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;

экспертиза профпригодности по медицинским показаниям;

своевременная организация и проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников.

Важнейшей задачей периодических медицинских осмотров является диспансеризация работников, т.е. выявление не только начальных форм профессиональных, но и общих, в том числе производственно обусловленных заболеваний, снижающих трудоспособность работника и могущих стать противопоказанием к продолжению работы в профессии.

В случае коренного улучшения условий труда работодатель может принять решение об отказе от проведения предварительных и периодических медицинских осмотров лиц, которые работали на работах, ранее квалифицированных как вредные и (или) опасные, только на основании экспертного заключения по оценке профессионального риска, выданного территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека либо иной компетентной организацией и свидетельствующего об отсутствии значимого профессионального риска для работников, занятых на соответствующих рабочих местах.

Указанное решение в части как предварительных, так и периодических медицинских осмотров может быть правомочным только для тех работников, которые принимаются на соответствующие рабочие места после получения экспертного заключения по оценке риска. Стажированные работники, ранее принятые на работы с вредными и (или) опасными условиями труда, должны подвергаться периодическим медицинским осмотрам в течение всего периода, определяемого прогнозом вероятности реализации профессионального риска вследствие воздействия ранее имевших место вредных условий труда, длительность которого должна быть определена для всех групп работников в заключении по оценке риска.

В соответствии со [ст. 213 ТК РФ](#) лица, не достигшие возраста 21 года, проходят периодические медицинские осмотры ежегодно.

Периодические медицинские осмотры работников могут проводиться досрочно в соответствии с медицинским заключением или по заключению территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека с обязательным обоснованием в направлении причины досрочного (внеочередного) осмотра. По результатам периодического медицинского осмотра формируются следующие группы работников:

- 1) здоровые работники, не нуждающиеся в реабилитации;
- 2) практически здоровые работники, имеющие нестойкие функциональные изменения различных органов и систем;
- 3) работники, имеющие начальные формы общих заболеваний;
- 4) работники, имеющие выраженные формы общих заболеваний как являющиеся, так и не являющиеся противопоказанием для продолжения работы в профессии;
- 5) работники, имеющие признаки воздействия на организм вредных производственных факторов;
- 6) работники, имеющие признаки профессиональных заболеваний.

Участники аварийных ситуаций или инцидентов, работники, занятые на работах с вредными и (или)

опасными веществами и производственными факторами с разовым или многократным превышением предельно допустимой концентрации (ПДК) или предельно допустимого уровня (ПДУ) по действующему фактору, работники, имеющие (имевшие) заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания, лица со стойкими последствиями несчастных случаев на производстве, а также другие работники в случае принятия соответствующего решения врачебной комиссией не реже одного раза в пять лет проходят периодические осмотры в центрах профпатологии и других медицинских организациях, имеющих право на проведение предварительных и периодических осмотров, на проведение экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией.

Центры профпатологии и другие медицинские организации, имеющие право на проведение периодических осмотров, на проведение экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией, при проведении периодического осмотра могут привлекать медицинские организации, которые имеют право в соответствии с действующими нормативными правовыми актами на проведение предварительных и периодических осмотров и экспертизы профессиональной пригодности.

В случае подозрения о наличии у работника профессионального заболевания при проведении периодического осмотра медицинская организация выдает работнику направление в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией, а также оформляет и направляет в установленном порядке извещение об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в территориальный орган федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

В случаях затруднения определения профессиональной пригодности работника в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности медицинская организация направляет работника в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности в соответствии с действующим законодательством РФ.

Для водителей автомобилей, медицинских работников, авиационного персонала, работников железнодорожного транспорта и др. предусмотрены особенности проведения медицинских осмотров (предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.

Диспансерное наблюдение - это динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Диспансерному наблюдению в медицинской организации, проводившей периодический медицинский осмотр, подвергаются: здоровые работники, не нуждающиеся в реабилитации, практически здоровые работники, имеющие нестойкие функциональные изменения различных органов и систем, и работники, имеющие начальные формы общих заболеваний.

Работники, имеющие выраженные формы общих заболеваний как являющиеся, так и не являющиеся противопоказанием для продолжения работы в профессии, направляются на реабилитацию в медицинские организации лечебно-реабилитационного профиля, после чего в их отношении осуществляется экспертиза профпригодности. Работники, признанные после этапа медицинской реабилитации годными к профессиональному труду, подлежат диспансерному наблюдению в группе лиц с начальными формами общих заболеваний.

Работники, имеющие признаки воздействия на организм вредных производственных факторов и признаки профессиональных заболеваний, направляются в центр профпатологии субъекта РФ (или иной

центр профпатологии, имеющий лицензию на право экспертизы связи заболевания с профессией) для решения вопроса об установлении связи заболевания с профессией.

В случае неустановления им профессионального заболевания (признания выявленных изменений в состоянии здоровья признаками общих заболеваний) указанные работники присоединяются к группе диспансерного наблюдения лиц с начальными формами общих заболеваний.

Лица с профессиональными заболеваниями находятся на диспансерном учете в центре профпатологии, установившем диагноз профессионального заболевания.

Таким образом, диспансеризация работников по результатам периодических медицинских осмотров осуществляется на основе принципов этапной реабилитации, которая состоит из трех основных этапов.

Первый этап: мероприятия по профилактике заболеваний у здоровых и практически здоровых работников посредством организации профилактических мероприятий непосредственно на предприятии или в санатории-профилактории.

Второй этап: медицинская реабилитация лиц из "группы риска": часто и длительно болеющих простудными заболеваниями, лиц с различными функциональными нарушениями, начальными формами общих заболеваний, доклиническими признаками профессиональных заболеваний и т.п. путем организации диспансерного наблюдения и регулярного профилактического лечения с обязательным включением санаторно-курортного этапа оздоровления.

Третий этап (предусмотрен Федеральным [законом](#) "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"): реабилитация больных с профессиональными заболеваниями, в том числе инвалидов вследствие этих заболеваний в условиях центров реабилитации Фонда социального страхования РФ, отделений реабилитации профпатологических центров либо здравниц санаторно-курортной базы, имеющих лицензию на этот вид деятельности.

Диспансеризация и медицинская реабилитация работников по результатам периодических медицинских осмотров осуществляется в соответствии с типовыми программами реабилитации, утвержденными в установленном порядке.

Статья 47. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)

Комментарий к [статье 47](#)

Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан.

По сравнению с [Основами законодательства](#) 1993 г. регламентация вопросов, касающихся донорства и органов и (или) тканей человека и их трансплантации ([ст. 47](#)), осуществлена более четко. При этом отдельные положения обозначенной статьи отчасти воспроизводят известные нормы [Закона](#) РФ от 22.12.1992 N 4180-1 "О трансплантации органов и (или) тканей человека" <1> и Федерального [закона](#) от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле" <2>. Получают нормативное закрепление вопросы выражения согласия на осуществление донорства и трансплантацию, а также информирования об этом медицинских организаций.

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 2. Ст. 62.

<2> СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 146.

Как следует из положений [статьи](#), трансплантация (пересадка) органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья.

Вопрос о возможности изъятия органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора

решается врачебной комиссией медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов. По результатам работы комиссии составляется соответствующий протокол. При этом положительное решение может приниматься, в случае если здоровью донора не будет причинен значительный вред.

Как представляется, формулировка предложенной законодателем нормы в известной степени носит оценочный характер и может привести к субъективизму при принятии решения об изъятии органов и тканей и живого донора.

Особое внимание законодатель уделил порядку совершения волеизъявления граждан на соответствующие действия граждан, связанных с наличием определенных юридических фактов (состояний). Так, изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным ([ч. 3 ст. 47](#) комментируемого Закона).

Признание гражданина недееспособным может быть осуществлено вследствие психического расстройства, в результате которого гражданин не может понимать значения своих действий или руководить ими ([ст. 29](#) ГК РФ). Признание гражданина недееспособным осуществляется в судебном порядке, установленном в [гл. 31](#) Гражданского процессуального кодекса РФ.

От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун. Опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки ([ст. 32](#) ГК РФ).

Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) допускается у живого донора при наличии его информированного добровольного согласия.

Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека допускается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента, а в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении недееспособного реципиента, если он по своему состоянию не способен дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя, данного в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Указанный порядок в настоящий период отсутствует и подлежит определению в ближайшее время.

Права и обязанности могут осуществляться лицом (представителем) от имени другого лица (представляемого) в силу полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления. В том случае, когда совершение действий представителя обусловлено предписанием закона, речь идет о законном представительстве.

Совершеннолетний дееспособный гражданин может выразить волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в нескольких вариантах:

- 1) в устной форме в присутствии свидетелей;
- 2) в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации;
- 3) в нотариальном порядке.

Информация о наличии волеизъявления гражданина, выраженного в устной или письменной форме, а также иных лиц (супруга (супруги), а при его (ее) отсутствии - одного из близких родственников, законных представителей) вносится в медицинскую документацию гражданина.

Следует учесть, что законодатель сузил круг лиц, которые вправе распорядиться об изъятии органов и тканей из тела умершего недееспособного несовершеннолетнего. Органы и ткани у такого лица могут быть изъяты только с согласия одного из родителей. Соответственно иные лица, в том числе другие близкие родственники или законные представители, не вправе решать данный вопрос.

Согласно [ч. 10 ст. 47](#) комментируемого Закона изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством РФ порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки).

Таким образом, положениями [Закона](#), по существу, устраняются противоречия с Федеральным [законом](#) от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле" в части волеизъявления умершего, содержащего согласие или несогласие на изъятие органов и (или) тканей из его тела.

Органы и ткани для трансплантации (пересадки) могут быть изъяты у трупа после констатации смерти (см. [комментарий к ст. 66](#) Закона).

В случае необходимости проведения судебно-медицинской экспертизы разрешение на изъятие органов и тканей у трупа для трансплантации (пересадки) должно быть дано судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

В медицинских целях ведется учет донорских органов и тканей, а также лиц, нуждающихся в лечении методом трансплантации (пересадки) органов и тканей.

Процедура осуществления донорства органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка) регулируются в соответствии с законом о трансплантации органов и (или) тканей человека.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека влечет уголовную ответственность. Так, [п. "ж" ст. 127.1](#) "Торговля людьми" УК РФ содержит квалифицированный состав данного преступления, предусматривающего в качестве объективной стороны куплю-продажу человека в целях изъятия у потерпевшего органов или тканей.

Согласно [Приказу](#) Минздравсоцразвития России N 357, РАМН N 40 от 25.05.2007 <1> объектами трансплантации могут быть:

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России N 357, РАМН N 40 от 25.05.2007 "Об утверждении Перечня органов и (или) тканей человека - объектов трансплантации, Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, и Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека" (ред. от 24.05.2011) // Российская газета. 2007. N 134.

Органы:

1. Сердце.
2. Легкое.
3. Комплекс сердце - легкое.
4. Печень.
5. Почка.
6. Поджелудочная железа с 12-перстной кишкой.
7. Селезенка.
8. Эндокринные железы (гипофиз, надпочечники, щитовидная железа, паращитовидная железа, слюнная железа, яичко).
9. Кишечник и его фрагменты.

Ткани:

1. Костный мозг.
2. Трахея.
3. Глазное яблоко (роговица, склера, хрусталик, сетчатка).
4. Верхняя конечность и ее фрагменты.
5. Нижняя конечность и ее фрагменты.
6. Твердая мозговая оболочка.
7. Кости свода черепа.
8. Нижняя челюсть.
9. Височная фасция.
10. Сосуды (участки сосудистого русла).
11. Сухожилие длинного сгибателя большого пальца.
12. Сухожилие передней большеберцовой мышцы.
13. Широчайшая фасция бедра.
14. Реберный хрящ.
15. Дермальный слой кожи.
16. Подкожно-жировая клетчатка подошвенной области стопы.
17. Фиброзная капсула почки.
18. Серозная капсула печени.
19. Белочная оболочка яичка.

Изъятие органов и (или) тканей не допускается, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента. Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента, не допускается.

Забор и заготовка органов и (или) тканей человека, а также их трансплантация осуществляются в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Лица, принуждающие живого донора к согласию на изъятие у него органов и (или) тканей, несут уголовную ответственность по [ст. 120](#) "Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации" УК РФ.

Пересадка органов и (или) тканей реципиенту без его согласия либо без согласия его родителей или законного представителя производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно ([ч. 2 ст. 6](#) Закона о трансплантации).

Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или)

тканей после смерти для трансплантации реципиенту ([ст. 8 Закона о трансплантации](#)).

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации реципиенту допускается, если донор:

предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов и (или) тканей;

прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации ([ч. 2 ст. 11 Закона о трансплантации](#)).

Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей

Комментарий к [статье 48](#)

Следует отметить, что данная [статья](#) впервые представлена в комментируемом Законе и в целом в рамках законодательства об охране здоровья. Поэтому можно сказать, что это одна из новелл медицинского права.

Конструктивно статья разделена на две самостоятельные части, регулирующие структуру и создание врачебной комиссии ([ч. 1](#)) и консилиума врачей ([ч. 2](#)).

"Врачебная комиссия" и "консилиум врачей" - это категории, которые несут различную смысловую нагрузку. Можно сказать, что легальное закрепление основ статуса комиссии и консилиума является принципиальным в случаях установления правомочий тех или иных коллективных образований медицинских работников в части реализации их профессиональных прав и обязанностей и, естественно, ответственности за последствия своей деятельности.

Надо сказать также, что вопросы правового положения врачебных комиссий урегулированы Приказом Минздравсоцразвития России от 24.09.2008 N 513н ^{<1>}, который содержит [Порядок](#) организации и деятельности врачебных комиссий.

^{<1>} Российская газета. 2009. N 2.

Врачебная комиссия - это особый орган, создаваемый при медицинском учреждении. Такие комиссии занимаются контрольной работой, принятием наиболее ответственных решений в отношении пациентов и т.д.

На базе каждой российской поликлиники, каждой больницы и любого другого учреждения здравоохранения, оказывающего медицинские услуги, функционирует на постоянной регулярной основе специализированная врачебная комиссия. Она называется врачебной постольку, поскольку состоит из медицинских специалистов - практикующих врачей.

Отдельного внимания в медицине заслуживает деятельность врачебно-консультационных, врачебно-контрольных или клинично-экспертных комиссий. Сразу отметим, что все перечисленные названия отражают одно и то же понятие, одну и ту же коллегиальную комиссию, состоящую из медицинских работников, работающих сообща.

Дело в том, что данные комиссии призваны принимать решения по наиболее важным медицинским вопросам. Причем комиссии создаются на базе каждого медицинского учреждения. Также комиссия учреждения, вышестоящего по отношению к данному медицинскому учреждению, принимает более значимые решения, чем комиссия нижестоящего медучреждения. Соответственно решение врачебной комиссии может быть опротестовано в комиссии высшего порядка.

Как следует из [ч. 1 комментируемой статьи](#), врачебная комиссия состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей. В целом это соответствует условиям образования комиссии, которые закреплены утвержденным [Порядком](#) организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации.

Врачебная комиссия создается руководителем медицинской организации и состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, членов комиссии (врачей-специалистов) и секретаря. Председателем врачебной комиссии является руководитель медицинской организации или его заместитель, имеющие высшее медицинское образование.

В зависимости от поставленных задач, особенностей и объемов деятельности медицинской организации по решению руководителя медицинской организации в составе врачебной комиссии могут формироваться подкомиссии, состав которых утверждается руководителем медицинской организации.

Секретарем врачебной комиссии является медицинский работник, имеющий высшее или среднее медицинское образование, обеспечивающий выполнение секретарских функций.

Членами врачебной комиссии являются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа наиболее опытных штатных работников медицинской организации ([п. п. 4 - 7, 10, 11](#) Порядка).

Впрочем, исходя из отсутствия прямого запрета также не исключается возможность вхождения в состав подобных комиссий квалифицированных экспертов в различных областях, связанных с медициной, что, Впрочем, никак не влияет на название комиссии.

Выше указано, что врачебная комиссия создается в каждой медицинской организации. Основной целью ее работы является дальнейшее совершенствование организации медицинской помощи, в том числе гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по различным вопросам, относящимся к сфере здравоохранения.

Врачебная комиссия призвана ставить диагноз там, где один специалист затрудняется сделать однозначный вывод, а также там, где решение одного врача входит в конфликт с мнением другого или же с мнением пациента.

Кроме того, врачебные комиссии производят компетентную и объективную оценку и анализ качества работы медицинского учреждения в целом, вносят предложения по повышению эффективности этой работы. Также подобные комиссии активно взаимодействуют с комиссиями и отдельными работниками других медицинских учреждений с целью обмена опытом, принятия общих решений и т.д. Взаимодействие осуществляется также и с пациентами.

Функции, осуществляемые врачебными комиссиями, многогранны, как и сама их работа. Собственно, конкретный набор функций врачебной комиссии определяется спецификой медучреждения и задачами, которые ставятся перед комиссией на локальном и общем уровне. Одной из наиболее значительных сторон работы врачебных комиссий выступает принятие решений при работе с пациентами. Другими словами, врачебная комиссия при медучреждении призвана принимать решения по наиболее сложным и ответственным случаям.

[Часть 2 комментируемой статьи](#) раскрывает конкретные направления деятельности врачебной комиссии:

- 1) совершенствование организации оказания медицинской помощи;
- 2) принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам:
 - профилактики;
 - диагностики;

лечения и медицинской реабилитации;

определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами;

трансплантации (пересадки) органов и тканей человека,

медицинской реабилитации;

3) принятие решения по иным медицинским вопросам.

Рассмотрим конкретный перечень функций, которые закреплены за врачебными комиссиями того или иного уровня. Этот перечень установлен Порядком организации и деятельности врачебных комиссий (п. 12).

В зависимости от поставленных задач, мощности и специфики деятельности медицинской организации, особенностей состава обслуживаемого контингента населения врачебная комиссия (подкомиссия) осуществляет следующие функции:

1) продление листов нетрудоспособности сроком более 30 дней. Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 N 347н <1> утверждена [форма бланка](#) листа нетрудоспособности;

<1> Российская газета. 2011. N 132.

2) принятие решения о назначении лекарственных средств, [Перечень](#) которых утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 18.09.2006 N 665 <1>;

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 18.09.2006 N 665 "Об утверждении Перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг" (ред. от 10.11.2011) // БНА ФОИВ. 2006. N 43.

3) принятие решения о назначении психотропных веществ [списков II и III](#) Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Соответствующий [Перечень](#) утвержден Постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 N 681 <1>;

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 30.06.1998 N 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" (ред. от 06.10.2011) // СЗ РФ. 1998. N 27. Ст. 3198.

4) принятие решения о назначении наркотических средств [списка II](#) Перечня больным, не страдающим онкологическим (гематологическим) заболеванием, в соответствии с [Инструкцией](#) <1> о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных;

<1> Утверждена [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания" (ред. от 20.01.2011) // Российская газета. 2007. N 100.

5) принятие решения о назначении одному больному пяти и более наименований лекарственных средств одномоментно (в течение одних суток) или свыше десяти наименований в течение одного месяца в соответствии с [Инструкцией](#) о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных;

6) принятие решения о назначении лекарственных средств в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при индивидуальной непереносимости в соответствии с [Инструкцией](#) о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных;

7) решение наиболее сложных и конфликтных вопросов, относящихся к компетенции подкомиссий врачебной комиссии медицинской организации;

8) оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий;

9) осуществление медицинского отбора больных, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения, в том числе в специализированные санатории (отделения);

10) взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования РФ, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения;

11) участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения;

12) анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

13) участие в проведении анализа причин заболеваемости матерей и новорожденных внутрибольничными инфекциями, разработке и реализации мероприятий по ее профилактике;

14) выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с [Правилами](#) обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями. Соответствующие Правила утверждены Постановлением Правительства РФ от 07.04.2008 N 240 <1>;

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 07.04.2008 N 240 "О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями" (ред. от 08.04.2011) // СЗ РФ. 2008. N 15. Ст. 1550.

15) выдача направлений на включение в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (или исключения из него), обеспечение назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными средствами;

16) иные функции, предусмотренные федеральными конституционными законами, федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента РФ, Правительства РФ, федеральных органов исполнительной власти.

Врачебная комиссия проводит заседания на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации, но, как правило, не реже 1 раза в неделю. Подкомиссии врачебной комиссии проводят заседания согласно плану-графику, утверждаемому председателем врачебной комиссии. Внеплановые заседания врачебной комиссии или ее подкомиссий проводятся по решению председателя врачебной комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии):

считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии);

оформляется протоколом врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии);

вносится в медицинскую документацию.

Председатель врачебной комиссии по итогам работы за квартал и текущий год представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе врачебной комиссии (п. п. 13 - 15 Порядка).

Врачебная комиссия ведет статистический учет различных показателей работы медучреждения. На этой основе врачебные комиссии занимаются периодической разработкой инновационных проектов.

По итогам своей работы каждая врачебная комиссия готовит периодические отчеты, которые сдаются в комиссии территориального (регионального) уровня. Таким образом, обеспечивается контроль над деятельностью самой врачебной комиссии, что позволяет достичь еще большей эффективности ее работы.

Немаловажно, что законодательство предполагает неограниченное расширение перечня функций врачебных комиссий медицинских учреждений. Причем расширение это может быть произведено как на общегосударственном уровне, так и на более частном уровне отдельного медицинского учреждения.

Общие определение и статус консилиума содержат справочные издания, и в частности Большая медицинская энциклопедия <1>. Следует привести ряд выдержек из данного справочника, касающихся консилиума врачей.

<1> Большая медицинская энциклопедия. Т. 11. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1979. С. 320.

Консилиум (лат. consilium совещание, обсуждение) - совещание нескольких врачей одной или различных специальностей. Консилиум может быть необходим для установления состояния здоровья обследуемого, диагноза, определения прогноза, тактики дальнейшего обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения или другое, профильное, лечебное учреждение.

Чаще всего консилиум подразумевает участие врачей нескольких специальностей, которые могут иметь отношение к заболеванию пациента.

На консилиум могут приглашать помимо врачей компетентных специалистов немедицинских специальностей (например, для решения специальных юридических или научно-технических вопросов), если это необходимо для правильного понимания характера заболевания или травмы, а также для правильного выбора диагностической и лечебной тактики.

Часть 3 комментируемой статьи уточняет определение понятия "консилиум врачей" для целей реализации положений Закона об охране здоровья.

Итак, согласно предложенной законодателем дефиниции консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию. Кроме того, как следует из определения, консилиум врачей назначается для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных комментируемым **Законом**. В последнем случае речь идет, например, о необходимости установления диагноза смерти мозга (п. 3 ст. 66), решения вопроса об изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) (п. 4 ст. 47), решения вопроса о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, а также в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (п. п. 1 и 2 ч. 9 ст. 20).

Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Это - общее правило. Однако консилиум может быть созван по просьбе пациента или его родственников. Также может созываться консилиум на основании постановления судебно-следственных органов для выяснения вопросов, связанных с преступлениями против личности или здоровья человека, т.е. при необходимости в судебно-медицинской экспертизе.

При этом консилиум может также созываться вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей), т.е. консилиум может быть созван в стационаре, амбулаторном учреждении, санатории, на дому и т.п. Что касается дистанционного консилиума, то этот вид реализуется благодаря телемедицине - направлению медицины, основанном на использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами с целью повышения качества диагностики и лечения конкретных пациентов.

Телемедицинские консультации осуществляются путем передачи медицинской информации по телекоммуникационным каналам связи. Особое значение здесь приобретают консультации в режиме реального времени. Эти консультации более требовательны к техническому оснащению, их проводят с использованием широкополосных каналов связи и видеоаппаратуры. Различают плановые, экстренные видеоконсультации и видеоконсилиумы. Во всех этих случаях обеспечивается непосредственное общение между консультантом и лечащим врачом. Чаще всего такие консультации проводятся с участием больного. При этом сеанс видеоконференцсвязи может проходить как между двумя абонентами, так и между несколькими абонентами в так называемом многоточечном режиме, т.е. наиболее сложные случаи могут обсуждаться консилиумом врачей из разных медицинских центров.

Европейское сообщество уже несколько лет назад финансировало более 70 международных проектов, нацеленных на развитие различных аспектов телемедицины: от скорой помощи (проект NECTOR) до проведения лечения на дому (проект HOMER-D). Главной задачей проектов является развитие методов медицинской информатики, нацеленных на регистрацию и формализацию медицинских данных, их подготовку к передаче и приему.

В настоящее время в мире известны более 250 телемедицинских проектов, которые по своему характеру делятся на клинические (подавляющее большинство), образовательные, информационные и аналитические. По географической распространенности проекты распадаются на: местные (локальные внутри одного учреждения, их 27%), региональные (40%), общенациональные (16%) и международные (17%).

Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. Фактически, как следует из требований **Закона**, заключение консилиума обязательно письменно фиксируется в медицинской карте или истории болезни пациента и заверяется подписями участников консилиума.

В протоколе консилиума врачей указываются:

фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей;

сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных,

лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей.

При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. В свою очередь, мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом.

Статья 49. Медицинские отходы

Комментарий к [статье 49](#)

Данная [статья](#) является новеллой законодательства об охране здоровья и, соответственно, впервые нашла нормативное закрепление.

Общую нормативную базу, регулирующую правовые основы обращения с отходами в целях предотвращения вредного воздействия на здоровье человека и окружающую среду, а также вовлечения таких отходов в хозяйственный оборот в качестве дополнительных источников сырья, составляют Федеральные законы от 24.06.1998 [N 89-ФЗ](#) "Об отходах производства и потребления" ^{<1>} и от 11.07.2011 [N 190-ФЗ](#) "Об обращении с радиоактивными отходами и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" ^{<2>}. Последним законодательным актом урегулированы и отношения в области обращения с радиоактивными отходами.

^{<1>} СЗ РФ. 1998. N 26. Ст. 3009.

^{<2>} СЗ РФ. 2011. N 29. Ст. 4281.

Кроме того, сферу правового регулирования вопросов, связанных с обращением отходов, составляют ряд подзаконных и ведомственных нормативных актов, в частности [Постановление](#) Правительства РФ от 17.07.2003 N 442 "О трансграничном перемещении отходов" ^{<1>}, письма Ростехнадзора от 02.02.2010 [N 00-07-12/308](#) "О паспортизации опасных отходов" ^{<2>} и Минприроды России от 11.07.1995 [N 01-11/29-2002](#) "О "Временных методических рекомендациях по проведению инвентаризации мест захоронения и хранения отходов в Российской Федерации" ^{<3>} и т.п.

^{<1>} СЗ РФ. 2003. N 29. Ст. 3012.

^{<2>} Нормирование в строительстве и ЖКХ. 2011. N 2.

^{<3>} Официально не опубликовано.

[Часть 1 комментируемой статьи](#) дает определение понятия "медицинские отходы". Как следует из предложенного определения, медицинские отходы - все виды отходов, в том числе анатомические, патолого-анатомические, биохимические, микробиологические и физиологические, образующиеся в процессе осуществления медицинской и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий.

Медицинские отходы - это всевозможные отходы, которые образовались в результате деятельности медицинских учреждений. В основном это фармацевтические препараты, бинты, предметы медицинского ухода, кровь и другие жидкости тела, экскременты, ткани человека и многое другое. Медицинские отходы больниц и лечебно-оздоровительных учреждений требуют особого внимания, так как в них кроется значительная опасность и для человека, и для окружающей среды. В этих отходах содержатся возбудители опасных инфекций, токсичные и радиоактивные вещества.

Не случайно еще в 1979 г. ВОЗ отнесла медицинские отходы к группе особо опасных, для которых необходимо создание специализированных служб по их переработке и уничтожению. А в 1992 г. Базельская [конвенция](#) выделила 45 видов наиболее опасных отходов, из которых медицинские отходы занимали одно из основных мест.

Утилизация медицинских отходов - одна из важнейших задач, стоящих перед любой медицинской организацией. Медицинские отходы представляют особую опасность для людей. К сбору, вывозу и утилизации этого вида отходов предъявляются особо жесткие санитарно-гигиенические требования.

Согласно [ч. 2 комментируемой статьи](#) медицинские отходы разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания. Критерии такого разделения должны быть определены в соответствующем постановлении Правительства РФ.

22 марта 1999 г. в Российской Федерации вступили в силу [СанПиН 2.1.7.728-99](#) "Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений" <1>. Согласно этому документу все медицинские отходы больниц и лечебно-оздоровительных учреждений разделили по степени их токсикологической, эпидемиологической и радиационной опасности на 5 классов.

<1> [СанПиН 2.1.7.728-99](#). 2.1.7. Почва, очистка населенных мест, бытовые и промышленные отходы. Санитарная охрана почвы. Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений. Санитарные правила и нормы (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.01.1999 N 2). М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 1999.

Класс А. Неопасные отходы (пищевые, инвентарь, строительный мусор и т.п.).

Класс Б. Потенциально опасные отходы (отходы, материалы и инструменты, загрязненные выделениями).

Класс В. Чрезвычайно опасные отходы (материалы, которые контактировали с больными, зараженными опасными инфекциями).

Класс Г. Отходы, по своему составу близкие к промышленным (просроченные дезсредства и лекарственные средства, отходы от диагностических и лекарственных препаратов, ртутьсодержащие предметы и т.п.).

Класс Д. Радиоактивные отходы (отходы, содержащие радиоактивные вещества).

В дальнейшем данный документ утратил силу в связи с введением в действие [СанПиН 2.1.7.2790-10](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами" <1>, тем не менее установленная ранее классификация медицинских отходов осталась без изменения. Как видно, предусмотренная в [Законе](#) классификация в целом соответствует классификации, содержащейся в [СанПиН](#).

<1> [Постановление](#) Главного государственного санитарного врача РФ от 09.12.2010 N 163 "Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами" // БНА ФОИВ. 2011. N 13.

Итак, медицинские отходы разделяются на следующие классы:

1. Класс "А" - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам:

отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными;

канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства. Смет от уборки территории и т.д.;

пищевые отходы центральных пищеблоков, а также всех подразделений организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, кроме инфекционных, в том числе

фтизиатрических.

2. Класс "Б" - эпидемиологически опасные отходы:

инфицированные и потенциально инфицированные отходы. Материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями. Патологоанатомические отходы. Органические операционные отходы (органы, ткани и т.д.);

пищевые отходы из инфекционных отделений;

отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических, иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 3 - 4 групп патогенности. Биологические отходы вивариев;

живые вакцины, не пригодные к использованию.

3. Класс "В" - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы: материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории:

отходы лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1 - 2 групп патогенности;

отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических стационаров (диспансеров), загрязненные мокротой пациентов, отходы микробиологических лабораторий, осуществляющих работы с возбудителями туберкулеза.

4. Класс "Г" - токсикологические опасные отходы, приближенные по составу к промышленным:

лекарственные (в том числе цитостатики), диагностические, дезинфицирующие средства, не подлежащие использованию;

ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование. Отходы сырья и продукции фармацевтических производств;

отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и др.

5. Класс "Д" - радиоактивные отходы: все виды отходов, в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности.

Как предусмотрено в [ч. 3 комментируемой статьи](#), уполномоченным федеральным органом исполнительной власти должны устанавливаться классификация, правила сбора, использования, обезвреживания, размещения, хранения, транспортировки, учета и утилизации медицинских отходов. В настоящий период по данным видам отходов соответствующие вопросы не урегулированы и должны получить нормативное закрепление в ближайшее время.

Статья 50. Народная медицина

Комментарий к [статье 50](#)

В литературе можно встретить вполне справедливые замечания относительно отсутствия в действующем законодательстве о народной медицине механизмов, позволяющих решать стоящие перед ней задачи. Проблема нормативно-правового регулирования усугубляется и существующей практикой деятельности различных центров традиционной (народной) медицины, как правило, на полуполюгальных основаниях оказывающих соответствующие услуги гражданам. Как представляется, в данной ситуации потребители подобных услуг оказываются менее всего защищены, поскольку как их права, так и обязанности таких организаций нормативно практически не урегулированы. С учетом весьма широкой востребованности деятельности народных целителей у различных слоев населения последствия, которые

могут быть получены в результате целительства, могут иметь массовый и необратимый характер.

Поэтому вполне справедливо в литературе уже звучали настоятельные призывы о необходимости принятия основанного на действующем законодательстве об охране здоровья граждан специализированного закона, регулирующего деятельность народной медицины и целительства <1>.

<1> Ковригина Г.Д. [Правовое регулирование целительской деятельности](#) в России: история вопроса и современные общеправовые начала // Медицинское право. 2008. N 4.

Это должно быть сделано, как отмечается, с целью отсечения специалистов в области народной медицины от магов, колдунов и прочих субъектов, практикующих сомнительные методы воздействия на людей, деформирующих духовное и психическое здоровье граждан отнюдь не с целью целительской помощи <1>.

<1> Решетов Г.А. [Юридическая безопасность потребителей медицинских услуг](#): анализ угроз // Российская юстиция. 2010. N 3. С. 52 - 55.

Несмотря на отмеченные замечания относительно недостатков и перспектив развития норм законодательства о целительстве, законодатель пока ограничился отдельной [ст. 50](#) Закона об охране здоровья граждан. Как следует из ее содержания, принятия какого-либо специального нормативного акта, регулирующего эту сферу на федеральном уровне, пока не предполагается.

Следует отметить, что правовое регулирование вопросов народной медицины (так называемого целительства) не является новым для законодательства о здравоохранении. Основы законодательства 1993 г. содержали специальную статью ([57](#)), посвященную праву на занятие народной медициной (целительством). Отдельные положения указанной статьи в несколько модифицированном виде воспроизведены и в [ст. 50](#) "Народная медицина" Закона об охране здоровья, с той лишь разницей, что в большей степени адаптированы под современные условия оказания медицинских услуг.

Итак, следует, во-первых, указать на понятие "народная медицина", предложенное в [Законе](#). Согласно [п. 1 комментируемой статьи](#) народной медициной являются методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья.

В этом плане можно выделить юридико-технические проблемы в разграничении таких очень близких и, по сути, смежных народных практик исцеления человека, как целительство и оккультно-мистические услуги в части правоприменительной деятельности. В этой связи ученые не случайно высказывали известные опасения, например, по поводу возможности субъективизма в сфере рекламы при решении вопроса о том, какие услуги предлагаются потребителю, что способствует коррупционным проявлениям в свете перспектив запрета рекламы оккультно-мистических услуг <1>.

<1> Цомартова Ф.В. [Правовые основы модернизации здравоохранения](#) // Журнал российского права. 2011. N 2. С. 125 - 129.

В общем, законодатель попытался учесть такие замечания, ограничившись, правда, использованием юридического приема исключения из содержания понятия отдельных "чужеродных" элементов. Как определено в [Законе](#), к народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов. На наш взгляд, такая нормативная конструкция определения "народная медицина" не снимает проблемы ее дефинитивного определения, поскольку законодатель не раскрывает содержания услуг оккультно-магического характера и религиозных обрядов.

Отрицательным, на наш взгляд, нормативным решением является также то, что законодатель не предусмотрел ограничение (запрет) сеансов массового целительства, проводимого с использованием средств массовой информации. Отметим, что такой запрет содержала [ст. 57](#) Основ законодательства

1993 г. и была направлена на борьбу с отдельными экстрасенсами, фактически проводящими манипуляции с массовым сознанием населения без какого-либо гарантированного положительного эффекта от таких сеансов.

Следует отметить, что право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья (п. 2 ст. 50 Закона об охране здоровья).

Еще одно, на наш взгляд, принципиальное условие осуществления целительства содержит п. 3 ст. 50 Закона, предусматривающий, что разрешение дает право на занятие народной медициной на территории субъекта РФ, органом исполнительной власти которого выдано такое разрешение.

Представляется, что в данном требовании Закона (которое с "легкой руки" законодателя перекочевало из соответствующей нормы Основ законодательства 1993) заложено изначальное противоречие с основами установленного в рамках рыночного порядка гражданского оборота, не признающего каких-либо экономических границ в пределах страны.

Впрочем, следует сказать, что специалисты еще на этапе обсуждения законопроекта справедливо обращали внимание на закрепление в нем норм о территориальном ограничении сферы действия разрешения на право оказания целительских услуг, не согласующихся с конституционным принципом единого экономического пространства и свободного перемещения услуг в Российской Федерации (ст. 8 Конституции РФ) <1>.

<1> Там же.

Отметим также, что данные положения не согласуются и с другими положениями указанной статьи Конституции РФ, определяющей поддержку конкуренции и свободу экономической деятельности. Данные положения, кроме того, следует соотносить в рамках системного толкования норм Основного Закона с ч. 2 ст. 34 Конституции, не допускающей экономическую деятельность, направленную на монополизацию и недобросовестную конкуренцию. По сути, предложенный законодателем и закрепленный в Законе вариант определения границ экономической деятельности ведет к устранению конкуренции и территориальному разделу рынка соответствующих услуг.

Отдельно следует указать, что народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п. 6 ст. 50 Закона об охране здоровья).

Глава 6. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА, ВОПРОСЫ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Статья 51. Права семьи в сфере охраны здоровья

Комментарий к статье 51

При вступлении в правоотношения по медицинской помощи граждане, являющиеся субъектами данных отношений, выступают как отдельные индивиды. Тем не менее в соответствии с отдельными нормативными правовыми актами в определенные виды правоотношений может вступать "коллективный субъект" - семья.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах указывает на необходимость предоставления семье, являющейся ячейкой общества, широкой охраны и помощи. В российском законодательстве семья как субъект права не получила достаточного нормативного закрепления. Статья 38 Конституции РФ декларирует, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства. Статья 1 Семейного кодекса РФ (СК РФ) фиксирует: "Семья, материнство, отцовство и детство в Российской Федерации находятся под защитой государства". Однако определения семьи в Семейном кодексе нет, присутствует лишь недостаточно четкое перечисление членов семьи (ст. 2). Впервые легальное определение семьи было закреплено в Федеральном законе от 24.10.1997 N 134-ФЗ "О прожиточном минимуме в Российской Федерации": "Семья - лица, связанные родством и (или)

свойством, совместно проживающие и ведущие совместное хозяйство" <1>.

<1> Акатнова М.И. Субъекты права на социальное обеспечение в международных актах и законодательстве России // Человек и труд. 2009. N 1. С. 16 - 17.

Способность семьи приобретать права в сфере охраны здоровья закреплена в комментируемой [статье](#). Однако субъектом правоотношений, возникающих по поводу предоставления той или иной медицинской помощи, семья выступать не может. В данном случае семья обладает правоспособностью, что прямо указано в [Законе](#), однако семья как коллектив не может обладать дееспособностью. Права и обязанности, вытекающие из возникших правоотношений по поводу предоставления медицинской помощи, могут быть реализованы дееспособным представителем семьи и только тем, который нуждается в такой помощи. Если речь идет о семье с детьми, то представлять законные интересы ребенка в медицинских организациях вправе мать или отец, а медицинскую помощь получать непосредственно сам ребенок. Очевидно, что в отношениях с медицинскими организациями по поводу получения какой-либо медицинской помощи обычно выступает один из членов семьи, как правило, нуждающийся в ней по состоянию здоровья.

Любой субъект права должен обладать таким качеством, как правосубъектность. Однако правосубъектностью (правоспособностью и дееспособностью) могут обладать только физические и юридические лица, причем индивидуально-определенные. Следовательно, говорить о семье как о коллективном субъекте права в сфере охраны здоровья вряд ли корректно, так как она не может обладать таким качеством коллективно. Тем не менее это не означает, что каждый из членов семьи не обладает правосубъектностью индивидуально. Поэтому было бы более корректно рассматривать семью как коллективного субъекта в зависимости не от правового, а от социального статуса.

В нашей стране заботу об охране здоровья членов семьи берет на себя государство. В [ч. 1 ст. 15 СК РФ](#) от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 30.11.2011) предусматривается, что медицинское обследование лиц, вступающих в брак, а также консультирование по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи проводятся учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту их жительства бесплатно и только с согласия лиц, вступающих в брак.

Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 <1> утверждены: [Перечень](#) социально значимых заболеваний и [Перечень](#) заболеваний, представляющих опасность для окружающих (более конкретно о них см. в [комментарии к ст. 43](#) настоящего Закона).

<1> Российская газета. 2004. N 271.

Отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка.

Приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 N 808н утвержден [Порядок](#) оказания акушерско-гинекологической помощи. В приложениях к нему определено, что:

при организации деятельности женской консультации должна оказываться правовая, психологическая и медико-социальная помощь женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности; социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью;

в структуре родильного дома рекомендованы родовой зал (индивидуальный родовой зал); палаты для совместного пребывания матери и ребенка;

в структуре перинатального центра рекомендованы: консультативно-диагностическое отделение (поликлиника), в которой должны быть консультативные кабинеты для беременных женщин; кабинет медико-генетического консультирования; кабинет планирования семьи; консультативные кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции; кабинет (зал) физиопсихопрофилактической

подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам; кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам; акушерский стационар с родовым отделением (индивидуальные родовые) с операционными.

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. Так, в [приложении N 4](#) "Положение об организации деятельности отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных" к Порядку оказания неонатологической медицинской помощи, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 01.06.2010 N 409н ^{<1>}, предусмотрена необходимость организации помещения для медицинского осмотра родителей (фильтра), комнаты для бесед с родителями, комнаты для отдыха родителей.

^{<1>} Российская газета. 2010. N 180.

Одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход за больным ребенком, медицинским работником стационарного медицинского учреждения выдается листок нетрудоспособности на основании [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" ^{<1>}:

^{<1>} Российская газета. 2011. N 148.

за ребенком в возрасте до 7 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;

за ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;

за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;

за детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, - на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;

за детьми в возрасте до 15 лет: при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, - на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении.

Статья 52. Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 52](#)

Материнство - это совокупность прав и обязанностей женщины-матери, связанных с рождением, содержанием и воспитанием ребенка ^{<1>}.

^{<1>} Толкунова В.Н. Право женщин на труд в СССР. М.: Юрид. лит., 1980. С. 129.

Решение проблем материнства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства, которая согласуется с требованиями, закрепленными в международных нормативных правовых актах <1>. Так, в частности, в [ст. ст. 11 и 12](#) Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979) подчеркивается, что государство, ратифицировавшее данную Конвенцию, принимает все надлежащие меры, чтобы обеспечивать право женщин на охрану здоровья и безопасные условия труда, в том числе по сохранению функции продолжения рода, осуществлять особую защиту в период беременности на тех видах работ, вредность которых для их здоровья доказана, а также социальное обслуживание женщин в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, соответствующее питание в период беременности и кормления ребенка.

<1> [Статья 10](#) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.); [ст. ст. 6 и 24](#) Конвенции о правах ребенка (1989 г.); [ст. 8](#) Европейской социальной хартии, утвержденной Советом Европы 18.10.1961; [Конвенция МОТ N 103](#) об охране материнства (пересмотренная в 1952 г.) и [Рекомендация МОТ N 95](#) (1952 г.) об охране материнства; Директива Совета Европейского сообщества от 19.10.1992 N 92/85/ЕЕС о введении мер, содействующих улучшению безопасности и охраны здоровья беременных, а также недавно родивших женщин-работниц. См. также: Шептулина Н.Н. [Проблемы совершенствования законодательства](#) о труде женщин // Трудовое право. 2008. N 1.

К мерам по охране материнства [Конвенция МОТ N 103](#) об охране материнства (пересмотренная в 1952) относит также оказание медицинской помощи женщинам, находящимся в отпуске по беременности и родам. Медицинская помощь должна включать уход и наблюдение во время и после родов, оказываемые квалифицированными акушерками или врачами, а в случае необходимости - госпитализацию ([ст. 4](#) Конвенции).

Развивая положения, закрепленные в международных правовых актах, [Конституция](#) РФ провозглашает принцип защиты и охраны материнства, детства и семьи. Защита государством материнства, детства и семьи, закрепленная в [ч. 1 ст. 38](#) Конституции РФ, носит комплексный социально-экономический и правовой характер, осуществляется путем принятия государством разнообразных мер по поощрению материнства, охране интересов матери и ребенка, укреплению семьи, обеспечению семейных прав каждого.

Как конституционный принцип защита государством материнства, детства и семьи в России впервые была закреплена в 1977 г. Исходя из особой заботы государства по отношению к женщине-матери "под социальной помощью по материнству понимается целая система оказываемых женщине при беременности, родах, кормлении ребенка грудью, уходе за новорожденными и малолетними детьми различных социальных услуг со стороны государственных органов... а также система материальной помощи в связи с материнством в виде различных пособий и льгот по социальному обеспечению. Женщина может получить по материнству одновременно несколько видов помощи (например, услуги по родовспоможению, уход за новорожденным, получение пособий по беременности и родам, по случаю рождения ребенка и т.д.)" <1>.

<1> Толкунова В.Н. Право женщин на труд в СССР. М.: Юрид. лит., 1980. С. 130, 132.

Руководствуясь [Конституцией](#) РФ, Правительство РФ 21.10.2011 за N 856 утвердило [Программу](#) государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2012 год <1>, которая определяет виды и условия оказания медицинской помощи, в том числе беременным женщинам и матерям, имеющим детей.

<1> Российская газета. 2011. N 243.

В рамках [Программы](#) бесплатно предоставляются: первичная медико-санитарная помощь; скорая, в

том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает диспансерное наблюдение женщин в период беременности, предупреждение аборт, санитарно-гигиеническое просвещение женщин и предоставляется в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 N 808н утвержден [Порядок](#) оказания акушерско-гинекологической помощи <1>. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности "акушерство и гинекология".

<1> Российская газета. 2010. N 33.

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает два основных этапа: первый - амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности - врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания); второй - стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) учреждений здравоохранения.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается беременным женщинам и матерям безотлагательно при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь предоставляется:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, а также дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется женщинам в состоянии беременности и при искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).

Стационарная медицинская помощь предоставляется в случае патологии беременности, родов, абортов, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

В рамках базовой Программы обязательного медицинского страхования <1> оказываются первичная

медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь, а также осуществляется обеспечение необходимыми лекарственными препаратами в период беременности, родов, в послеродовой период.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 31.12.2010 N 1233 "О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни" (ред. от 21.12.2011) // Российская газета. 2011. N 5.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта РФ органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта РФ по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) в установленном порядке предоставляются медицинская помощь, медицинские и иные услуги в центрах планирования семьи и репродукции.

Согласно [письму](#) Минздравсоцразвития России от 06.09.2005 N 15/311-04 "О финансировании питания беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет" расходы по обеспечению питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет являются расходным обязательством субъектов РФ, осуществляемым в установленном ими порядке.

Нормотворческая практика регионов, по мнению Н.Н. Шептулиной <1>, складывается исходя из их финансовых возможностей и поэтому весьма разнообразна. Например, в соответствии с Постановлением губернатора Владимирской области от 17.10.2005 N 580 (ред. от 04.09.2006 N 602) для обеспечения беременных женщин и кормящих матерей полноценным питанием предусмотрена выплата денежной компенсации в сумме 110 руб. в месяц, если среднедушевой доход семьи не превышает величину прожиточного минимума, установленного на территории данной области. Для беременных женщин и кормящих матерей, проживающих в г. Санкт-Петербурге, установлена выдача натуральных продуктов питания.

<1> Шептулина Н.Н. [Проблемы совершенствования законодательства](#) о труде женщин // Трудовое право. 2008. N 1.

Различными установлены и сроки беременности, с которых назначается питание. Так, в Московской области полноценное питание беременным женщинам назначается начиная с месяца, следующего за месяцем постановки женщины на учет в медицинское учреждение, но не ранее срока беременности 12 недель, в Иркутской области - по истечении 20 недель беременности.

В [письме](#) Минздравсоцразвития России от 15.05.2006 N 15-3/6914 "Рекомендуемые наборы продуктов для питания беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет" <1> отмечено, что научными и лечебными учреждениями РАМН выявлено, что в продуктах их питания, а также в питании детей грудного возраста имеется дефицит многих микронутриентов (витаминов А, В1, В2, В-каротина, железа, кальция, йода, а также полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон и др.), что приводит к заболеваемости беременных женщин, развитию врожденных дефектов плода, рождению недоношенных детей и детей, нуждающихся в лечении. С этой целью разработаны рекомендуемые наборы продуктов для питания беременных женщин, кормящих матерей, детей первого года жизни, а также детей второго и третьего годов жизни.

<1> См. также: Здоровье России. Атлас / Под ред. Л.А. Бокерия. 3-е изд. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2007. С. 191 - 197.

При этом в зависимости от финансовых возможностей субъектов РФ предусмотрено использование трех групп (видов) наборов продуктов питания:

первая группа - обеспечивает детей и женщин всеми необходимыми им пищевыми веществами и энергией в соответствии с их физиологическими потребностями. Эти наборы могут использоваться при организации питания в ЛПУ родовспоможения и детства, а также в домашних условиях;

вторая группа - предназначена для использования в качестве адресной помощи по медицинским показаниям для детей и женщин из малоимущих семей, а также детей и женщин с нарушением состояния здоровья с учетом значительной распространенности нарушений питания среди наиболее бедных семей, а также ограниченности возможностей для финансовой поддержки всех групп населения. Эти наборы продуктов удовлетворяют энергозатраты основного обмена женщин и детей (около 50% суточной потребности в энергии и пищевых веществах женщин и детей);

третья группа - включает различные виды специализированных продуктов питания, которые могут назначаться для коррекции рационов здоровых женщин и детей, улучшения их обеспеченности основными пищевыми веществами и микронутриентами, а также питания женщин и детей с алиментарно-зависимой патологией (задержка роста, анемия, сниженный пищевой статус, пищевая непереносимость, наследственные энзимопатии, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта и др.).

Статья 53. Рождение ребенка

Комментарий к [статье 53](#)

Настоящая [статья](#) регулирует вопросы, связанные с определением момента и фиксацией рождения ребенка.

Как известно, рождение и смерть человека являются юридическими фактами, имеющими, соответственно, юридическое значение, выступая в качестве конкретных жизненных обстоятельств. Рождение человека как юридический факт не получило строгой регламентационной процедуры на уровне процессуального законодательства. С точки зрения значимости решения вопросов, связанных с признанием человека умершим (открытие наследства, возбуждение уголовного дела и т.п.), это выглядит вполне разумным и оправданным. Однако несомненно то, что и рождение, и смерть человека в рамках вопросов реализации права на жизнь должны получить если не исчерпывающее, то по крайней мере полноценное правовое регулирование.

На это нацелены нормы вновь принятого [Закона](#) об охране здоровья. Новеллой законодательства является введение Законом норм, регулирующих рождение ребенка.

Отметим, что [Основы законодательства](#) 1993 г. никоим образом не регулировали данный вопрос и медицинский критерий рождения человека отдавался на уровень подзаконных нормативных актов.

Теперь согласно комментируемой [статье](#) моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов. При рождении живого ребенка медицинская организация, в которой произошли роды, выдает документ установленной формы. В данном случае имеется в виду медицинское [свидетельство](#) о рождении, форма которого установлена Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н <1>, утвердившего порядок ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти.

<1> Российская газета. 2009. N 10.

Медицинские критерии рождения, в том числе сроки беременности, масса тела ребенка при рождении и признаки живорождения, а также порядок выдачи документа о рождении и его форма утверждаются Минздравсоцразвития.

Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 54](#)

Данная [статья](#) посвящена правам несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, которая по содержательной части развивает положения [ст. 7](#) Закона, раскрывающей приоритет охраны здоровья граждан.

Правовые нормы, регулирующие права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, уже известны законодательству о здравоохранении и, в частности, содержались в [ст. 23](#) [разд. V](#) Основ законодательства 1993 г., в котором регулировались права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

Сравним нормы комментируемой [статьи](#) с положениями, которые содержала [ст. 24](#) Основ законодательства 1993 г.

[Часть 1 комментируемой статьи](#) содержит основные права несовершеннолетних в рамках реализации ими права на охрану здоровья.

Следует отметить, что в отличие от аналогичных положений [ст. 24](#) Основ законодательства 1993 г. комментируемая [статья](#) в некоторой степени уточняет соответствующие права несовершеннолетних.

В этом смысле следует упомянуть [подп. 1 ч. 1 рассматриваемой статьи](#), которым установленные формы медицинских обследований дополняются правом несовершеннолетнего на прохождение медицинских осмотров, в том числе 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.

В настоящий период установлены [Порядок](#) проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации <1>, а также [Карта](#) диспансеризации ребенка <2>.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 03.03.2011 N 162н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" // Российская газета. 2011. N 84.

<2> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 09.12.2004 N 310 "Об утверждении карты диспансеризации ребенка" // БНА ФОИВ. 2005. N 22.

Несовершеннолетние имеют право на санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов.

Как и ранее, несовершеннолетние имеют право на медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности. Порядок и условия проведения такой консультации устанавливаются органами государственной власти субъектов РФ.

По общему правилу предоставление несовершеннолетним бесплатной медицинской консультации при определении профессиональной пригодности в субъектах РФ <1> проводится в лечебно-профилактических учреждениях по месту проживания несовершеннолетних или по месту прикрепления несовершеннолетних к лечебно-профилактическим учреждениям для медицинского обслуживания или в учреждениях образования при проведении профилактических осмотров. Такая бесплатная медицинская консультация обычно осуществляется врачами-специалистами, состоящими в штатах учреждений образования, а при их отсутствии - врачами-специалистами лечебно-профилактического учреждения по месту проживания несовершеннолетних или по месту прикрепления несовершеннолетних к лечебно-профилактическим учреждениям для медицинского обслуживания.

<1> См., например: Закон Калужской области от 28.11.2005 N 142-ОЗ "Об условиях диспансерного наблюдения и лечения несовершеннолетних в детских и подростковых службах и о порядке и условиях предоставления несовершеннолетним бесплатной медицинской консультации при определении профессиональной пригодности".

По завершении основного общего и (или) среднего (полного) общего образования на каждого несовершеннолетнего в лечебно-профилактических учреждениях по месту проживания несовершеннолетних или по месту прикрепления несовершеннолетних к лечебно-профилактическим учреждениям для медицинского обслуживания врачом-специалистом выдается заключение о профессиональной пригодности к выбранной профессии по установленной форме <1>.

<1> Щур-Труханович Л.В. [Организация трудовой деятельности несовершеннолетних](#) // СПС.

Сохранено право несовершеннолетнего на информацию о состоянии его здоровья в доступной форме. Доступность информации - возможность реализации беспрепятственного доступа к информации субъектов, имеющих на это надлежащие полномочия (см. [комментарий к ст. 22 Закона](#)).

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".

Конкретные медицинские услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления определены [ГОСТом Р 52887-2007](#) (утвержден [Приказом](#) Ростехрегулирования от 27.12.2007 N 565-ст <1>) и введены в действие в стандарте с 01.01.2009.

<1> Услуги детям в учреждениях отдыха и оздоровления. [ГОСТ Р 52887-2007](#) (утв. [Приказом](#) Ростехрегулирования от 27.12.2007 N 565-ст). М.: Стандартинформ, 2008.

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.

Более конкретное содержание основных видов медицинских услуг закреплено в [п. 5.2](#) стандарта. Как установлено стандартом, медицинские услуги следует предоставлять в следующем составе и формах:

- выявление детей, нуждающихся в неотложной медицинской помощи;
- оказание медицинской помощи;
- доставка детей в случае необходимости в стационарное медицинское учреждение;
- проведение динамического наблюдения за состоянием здоровья детей;
- организация и проведение консультаций и бесед по вопросам здорового образа жизни;
- санитарно-просветительская работа с детьми;

организация консультативного приема врачами-специалистами;

организация проведения медицинских процедур врачами (стоматологами и другими специалистами) и занятий - логопедами;

проведение лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

индивидуальная работа с детьми, направленная на предупреждение вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикомания);

подготовка детей к ответственному родительству, обучение основам планирования семьи, профилактики венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и СПИДа;

разработка и реализация специальных программ оздоровления детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями;

проведение мероприятий по профилактике травматизма.

Часть 2 комментируемой статьи в целом воспроизводит правила относительно права несовершеннолетних больных наркоманией на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него, установленные в **ст. 24 Основ**. К данной категории лиц, имеющих возможность реализации указанных прав, отнесены несовершеннолетние, больные наркоманией в возрасте старше 16 лет, и иные несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет.

Часть 3 комментируемой статьи несколько изменена в смысле 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 включает в нее детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Дефиницию понятия "дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей" содержит Федеральный **закон** от 21.12.1996 N 159-ФЗ "О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" <1>.

<1> СЗ РФ. 1996. N 52. Ст. 5880.

Дети-сироты. 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".

Дети, оставшиеся без попечения родителей. Такая категория, как дети, оставшиеся без попечения родителей, раскрывается более широко, поскольку содержит значительное число оснований для отнесения ребенка к лицу, оставшемуся без попечения. 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.

В качестве оснований для отнесения лица в возрасте до 18 лет к категории детей, оставшихся без попечения родителей, выступают:

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

Лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. [Законом](#) предусмотрена специальная категория граждан применительно для реализации его положений - лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Данный термин введен для категоризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, для сохранения предусмотренных гарантий 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, указанных в комментируемом [Законе](#) (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.

Понятие "дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации" закреплено в Федеральном [законе](#) об основных гарантиях прав ребенка в РФ.

Согласно [ст. 1](#) указанного Закона, **дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации**, это дети:

- оставшиеся без попечения родителей;
- инвалиды;
- с ограниченными возможностями здоровья, т.е. имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии;
- жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий;
- из семей беженцев и вынужденных переселенцев;
- оказавшиеся в экстремальных условиях;

жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях;
находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях;
проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении;

жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

Новой в рассматриваемой ситуации является установление законодателем конкретной временной границы нахождения обозначенных лиц в соответствующих организациях, определяемой как достижение несовершеннолетним 4-летнего возраста включительно.

Следует также учесть, что основанием для помещения в организации системы социальной защиты обозначенных категорий несовершеннолетних являлось заявление родителей или лиц, их заменяющих. Теперь такое основание из законодательства исключено.

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. Вполне естественно, что работа указанных организаций, в том числе в части режима содержания несовершеннолетних лиц, определяется органами государственной власти субъектов РФ.

Статья 55. Применение вспомогательных репродуктивных технологий

Комментарий к [статье 55](#)

Законодательство об охране здоровья граждан впервые попыталось достаточно полно раскрыть регулирование вопросов воспроизводства (репродукции) человека и связанные с этим этические, моральные и нравственные аспекты. Безусловно, ключевую роль в развитии соответствующих законодательных нововведений сыграли знания социологи права, статистические исследования, позволяющие через призму методов социологического познания определить отношение общества к тем или иным социальным проблемам и поведению индивидов в определенных жизненных ситуациях.

Особенно острые проблемы при изучении направлений социальной активности проявляются в вопросах планирования семьи, включающие использование репродуктивных технологий, искусственного прерывания беременности, стерилизации.

Именно данные вопросы нашли соответствующее регулирование в [гл. 6 "Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья"](#) Закона об охране здоровья. Напомним, что соответствующие вопросы были ранее предметом регулирования разд. VII Основ законодательства 1993 г., посвященного медицинской деятельности по планированию семьи и репродукции человека ([ст. ст. 35 - 37](#)).

Надо сказать, что сравнительный анализ положений обоих законов позволяет сделать заключение о сохранении общей структуры нормативного материала о репродукции человека. Правда, в [Закоме](#) об охране здоровья эти вопросы получают развитие, определяющее более выраженную детализацию и конкретизацию отдельных аспектов.

Как известно, в Российской Федерации искусственное зарождение детей допустимо по медицинским показаниям при условии стойкого бесплодия, болезни супругов, опасности естественного способа рождения для здоровья матери или ребенка ^{<1>}. Именно с этим связывается законодательная возможность прибегать к современным методам репродуктивной медицины.

^{<1>} Колоколов Г.Р. [Правовые основы медицинского вмешательства](#) в репродуктивную деятельность человека (искусственное оплодотворение) // Медицинское право. 2005. N 2.

Прежде всего следует коснуться вопросов о репродуктивных технологиях, получивших развитие в [ст. 55](#) Закона об охране здоровья. И в той связи сразу же следует обратить внимание на отсутствие в статье принципиальных категорий, необходимых для надлежащего правоприменения.

Хотя ранее уже высказывались вполне справедливые замечания отдельных специалистов об отсутствии на законодательном уровне ряда таких понятий, как "репродукционная деятельность", "искусственное оплодотворение", "инсеминация", "имплантация эмбриона" <1>. Исключением из этого перечня в принятом в Законе является, пожалуй, понятие "суррогатное материнство", предлагаемое законодателем в [ч. 9 ст. 55](#).

<1> Майфат А.В., Резник Е.С. [Современное состояние и перспективы развития](#) законодательства в сфере использования репродуктивных технологий // Семейное и жилищное право. 2010. N 3. С. 17 - 20.

В целом же законодатель дал только общее представление о вспомогательных репродуктивных технологиях, которые согласно предложенной в [ч. 1 ст. 55](#) Закона дефиниции представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства). Определение конкретного механизма их использования отдано на уровень подзаконных актов уполномоченных органов исполнительной власти.

Важной новеллой можно назвать возможность применения репродуктивных технологий как лицами, состоящими в браке, так и одинокой женщиной. Это представляется разумным с точки зрения и социальной, и экономической.

Сторонники применения вспомогательных репродуктивных технологий в отношении одиноких женщин ссылаются на то, что желание стать матерью должно быть реализовано вне зависимости от сложившегося у женщины семейного положения. Многие одинокие женщины способны самостоятельно обеспечить ребенка материально и воспитать его. Кроме того, по справедливому мнению Е.В. Григорович, "лишение женщины права иметь ребенка вследствие того, что она не состоит в браке, является нарушением ее права на создание семьи" <1>.

<1> Григорович Е.В. Некоторые аспекты правового регулирования искусственных методов репродукции // Юрист. 1999. N 2. С. 30.

Принципиальным и революционным шагом законодателя является отражение на законодательном уровне вопросов суррогатного материнства. Как представляется, появление правового регулирования суррогатного материнства стало логичным итогом восприятия российским законодателем иностранного опыта, а также настоятельных рекомендаций юридической научной общественности.

Хотя, если провести беглый анализ практики западных стран, решение вопросов суррогатного материнства (их легализация, ограничение или запрет) осуществляется весьма неоднозначно. Как ранее отмечалось в литературе, в большинстве зарубежных стран отношения между лицами, заинтересованными в осуществлении суррогатного материнства, оформляются соответствующим договором. В нем, как правило, суррогатная мать в обмен на материальную компенсацию соглашается осуществить оплодотворение своей яйцеклетки в своем теле, выносить ребенка и передать его супругам <1>.

<1> Драгонец Я., Холляндер П. Советская медицина и право. М.: Юридическая литература, 1991. С. 165 - 188.

Ряд стран (США (за исключением штатов Нью-Джерси, Мичиган, Аризона), ЮАР), в том числе ближнего зарубежья (Украина, Казахстан, Польша, Финляндия, Грузия), руководствуясь действующей демографической политикой, положительно решили вопрос о возможности суррогатного материнства. При

этом заключение договоров на вынашивание и рождение ребенка является вполне нормальной практикой <1>.

<1> Стеблева Е.В. [Правовое регулирование института суррогатного материнства](#) за рубежом // Российская юстиция. 2009. N 7.

Известные ограничения действуют в Нидерландах, Великобритании, где не допускаются договорные начала суррогатного материнства, а женщине оказывается лишь необходимая медицинская помощь в целях обеспечения рождения здорового ребенка.

В некоторых государствах, например в Венгрии и Дании, суррогатной матерью может стать только родственница генетических родителей <1>. Представляется, что данное требование закона обусловлено изначально отсутствием меркантильных причин и наличием естественного мотива женщины выполнить моральный долг, помочь близким людям. С точки зрения естественных психологических реакций матери в рассматриваемой ситуации передача родившегося ребенка его генетическим родителям не сопровождается какими-то внутренними препятствиями. Кроме того, подкрепляет это состояние осознание женщиной возможности общения с ребенком, участия в его воспитании и развитии <2>.

<1> Померанцева Е.И., Козлова А.Ю., Супруга О.М. Законодательное обеспечение вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродукции. 2001. N 2. С. 61.

<2> Чикин В.В. [Семейно-правовое регулирование](#) применения вспомогательных репродуктивных технологий // Юридический мир. 2008. N 11.

Что касается вопросов регулирования оформления отношений по суррогатному материнству в [Законе](#) об охране здоровья, то законодатель воспринял рыночный подход, предполагающий договорные отношения.

Согласно [п. 9 ст. 55](#) Закона об охране здоровья суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Вместе с тем стоит отметить вопросы возрастных условий применения вспомогательных репродуктивных технологий. В [Основах законодательства](#) 1993 г. норма о возрасте, в котором допускались искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона, говорила лишь о детородном возрасте совершеннолетней женщины. Конкретизация данного возраста законом не устанавливалась. Надо сказать, что с точки зрения медицинской статистики так называемый фертильный возраст женщины (т.е. возраст, в котором женщина может выносить и родить здорового ребенка) определяется как период с 15 до 49 лет.

Анализ содержания [ст. 55](#) Закона об охране здоровья показывает, что законодатель для суррогатного материнства сузил рамки данного периода с 20 до 35 лет <1>. Это представляется логичным и оправданным с учетом физиологии женского организма.

<1> В свою очередь, быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование ([ч. 7 ст. 55](#)).

Помимо заключения соответствующего договора и соответствия возрастным критериям для осуществления суррогатного материнства женщина должна соблюсти ряд иных обязательных условий:

- 1) иметь не менее одного здорового собственного ребенка;

- 2) получить медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья;
- 3) дать письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 4) получить письменное согласие супруга при наличии зарегистрированного брака.

Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Формализация данных требований на уровне закона является вполне разумной, по крайней мере в целях избежания административных барьеров либо иных дополнительных условий для осуществления суррогатного материнства.

Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению закреплены в [Приказе](#) Минздрава России от 26.02.2003 N 67 <1>, определяющем вопросы применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия.

<1> [Приказ](#) Минздрава России от 26.02.2003 N 67 "О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия" // БНА ФОИВ. 2003. N 32.

Согласно [Приказу](#) ВРТ - это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, преимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) используется в мировой практике в терапии бесплодия с 1978 г. Противопоказания для проведения ЭКО:

соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов;

врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;

опухоли яичников;

доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;

острые воспалительные заболевания любой локализации;

злокачественные новообразования любой локализации, в том числе в анамнезе.

Редукция эмбрионов/плодов может быть выполнена только при наличии письменного информированного согласия беременной. Число эмбрионов, подлежащих редукции, определяется женщиной по рекомендации врача.

Противопоказания:

угроза прерывания беременности;

острые воспалительные заболевания любой локализации (на момент проведения процедуры).

Противопоказанием для хирургического получения сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

Искусственная инсеминация (ИИ) может быть проведена путем введения спермы в цервикальный

канал или в полость матки. Процедура может выполняться как в естественном менструальном цикле, так и с применением индукторов суперовуляции.

Противопоказания для проведения ИИ со стороны женщины:

соматические и психические заболевания, при которых противопоказана беременность;
пороки развития и патология матки, при которых невозможно вынашивание беременности;
опухоли и опухолевидные образования яичника;
злокачественные новообразования любой локализации;
острые воспалительные заболевания любой локализации.

Следует обратить внимание на вопросы хранения половых клеток. Для этого предусматривается возможность использования криоконсервации. Между тем в литературе указывалось на отдельные проблемы в рассматриваемой сфере.

Инструкция о ВРТ устанавливает (п. 6.4) саму технологию медицинской операции. Криоконсервация половых клеток проводится только при наличии письменного заявления - информированного согласия. Само хранение замороженных эмбрионов осуществляется в специальных маркированных пластиковых соломинках, помещенных в жидкий азот. Однако эмбрион не может появиться только лишь благодаря волеизъявлению одного человека. Замороженный эмбрион может храниться в течение весьма длительного времени, что порождает дополнительные трудности в случае возникновения конфликтных ситуаций <1>.

<1> Шукшина Ж.А. [Право наследования](#) и современные репродуктивные технологии // Медицинское право. 2011. N 6. С. 41 - 44.

При этом, как отмечают ученые, [Инструкция](#) определяет лишь саму технологию проводимой процедуры и не определяет основания криоконсервации <1>. Здесь имеются в виду те случаи, когда гражданин вправе передать свои половые клетки на сохранение, разумеется, под влиянием объективных причин.

<1> Романовский Г.Б. [Правовое регулирование хранения половых клеток](#) и эмбрионов // Медицинское право. 2010. N 2. С. 12 - 17.

Вместе с тем зарубежная практика допускает бесплатное хранение половых клеток лиц, состоящих на военной и правоохранительной службе, что относится к случаям завещательного распоряжения своим биологическим материалом <1>. С практической точки зрения для отдельных категорий лиц такое хранение вполне оправданно и допустимо, поскольку их жизнь подвергается постоянному риску. По крайней мере тем самым реализовывалось бы право на материнство и продолжение рода, в частности, супругой погибшего сотрудника.

<1> Романовский Г.Б. [Указ. соч.](#)

С учетом изложенного представляется более верным также предусмотреть не только техническую сторону криоконсервации, но и случаи, когда это может быть осуществлено по желанию отдельных категорий лиц.

В определенном смысле данная проблема решена в комментируемой [статье](#), поскольку законодатель закрепил право граждан на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов в основном, конечно, за счет личных средств. Что касается иных

источников оплаты соответствующих услуг, то такая возможность сформулирована скорее на перспективу, в рамках самостоятельных законодательных актов, которые могут быть приняты в дальнейшем.

Следует также обратить внимание на важные ограничения, которые предусмотрены законодателем в отношении использования репродуктивных технологий:

во-первых, в таких случаях не допускается выбор пола будущего ребенка. Исключение составляют случаи, когда имеется возможность наследования заболеваний, связанных с полом;

во-вторых, половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей.

Статья 56. Искусственное прерывание беременности

Комментарий к [статье 56](#)

С планированием семьи и репродукцией человека тесно граничит искусственное прерывание беременности (аборт) <1>. Проблема абортов (их запрета, разрешения, ограничения) является отражением состояния общества и восходит на государственный уровень, поскольку вопросы демографии и увеличения рождаемости в настоящий период в России, безусловно, выходят на первый план, выступая в качестве основных национальных приоритетов.

<1> Искусственный аборт - прерывание беременности, вызванное непосредственным воздействием на плод или на организм беременной.

Репродуктивную политику государства определяют два основных фактора: демографическая ситуация в стране и степень влияния религии на государственную и общественную жизнь. Несомненно, современная государственная демографическая политика, основанная на существующей практике и призывах научной юридической общественности, должна негативно воспринимать практику искусственного прерывания беременности.

Если обратиться к истории данного вопроса, то в СССР вплоть до 1955 г. можно было наблюдать ярко выраженную политику обеспечения прироста населения, сводящуюся к выполнению женщиной функции деторождения как своего рода социальной обязанности <1>. Впоследствии же была закреплена возможность свободного выбора женщиной материнства.

<1> Курильский Ш. Семейная политика и семейное право в СССР // СССР - Франция. Социальные вопросы правотворчества. М., 1980. С. 71 - 80.

Во многом проблема возможности осуществления оборотов упирается в отсутствие правового статуса эмбриона, установления четких медицинских критериев момента превращения эмбриона в новое качество, называемое человеком <1>. Собственно, отсюда возникает известная конкуренция прав женщины и неродившегося ребенка, поиска разумного соотношения того момента, когда такая конкуренция уже приобретает достаточно четкие очертания, с тем чтобы окончательно решить вопрос о приоритете прав матери или ребенка.

<1> Мастерс У., Донсон В., Колодни Р. Основы сексологии. М., 1998. С. 162.

Следует отметить, что в науке искусственное прерывание беременности (или аборт) рассматривается как один из способов ограничения права на жизнь. Современная юридическая литература в большинстве своем крайне негативно отзываясь об искусственном прерывании беременности, сводя действия женщины по изгнанию плода фактически к преступному посягательству на жизнь человека, обладающего уже определенным набором прав, в том числе права на жизнь <1>.

<1> См., например: Волкова Т. [Правовая защита права на жизнь](#) новорожденного // Законность. 2004. N 4; Головистикова А. Юридическое закрепление момента начала жизни и смерти // Право и жизнь. 2001. N 38. С. 21; и др.

В этой связи в научных кругах даже предлагались разработка и принятие соответствующего федерального закона, представлявшего бы собой важную гарантию охраны прав (в первую очередь права на жизнь) зачатых, но еще нерожденных детей <1>.

<1> Палькина Т.Н. [Проблемы реализации права на жизнь](#) // Социальное и пенсионное право. 2008. N 4.

Необходимо отметить, что при выявлении общих тенденций поведения женщин в период беременности, а также направлений развития законодательного регулирования такого поведения известную роль играет статистика. Проведенные в конце 1990-х годов статистические социологические исследования подтвердили практически единство мнений (92,9%) экспертов, допускающих возможность искусственного аборта по желанию женщины, вне зависимости от их взглядов на моральные аспекты проблемы аборт и контрацепцию <1>. Фактически такая позиция немногим отличается от той, которая преобладает и в современном общественном сознании.

<1> Борисов В., Синельников А., Архангельский В. Аборты и планирование семьи в России: правовые и нравственные аспекты // Вопросы статистики. 1997. N 3. С. 75 - 81.

Таким образом, с точки зрения учета моральной стороны и этических соображений искусственное прерывание беременности соответствует общему представлению и в правовых предписаниях. Поэтому как в Основах законодательства 1993 г. ([ст. 36](#)), так и в Законе об охране здоровья ([ст. 56](#)) содержатся соответствующие нормы, регулирующие вопросы искусственного прерывания беременности.

При этом право женщины на прерывание беременности закреплено в обоих законах: каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 N 335 <1> утверждена рекомендуемая [форма образца](#) информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель. Исходя из содержания информированного согласия женщина считается информированной врачом:

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 N 335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель" // БНА ФОИВ. 2007. N 44.

о сроке беременности, об отсутствии противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

о смысле операции и обезболивания и отсутствия по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу;

о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в [Программу](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой

операции и в послеоперационном периоде;

о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;

о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;

о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

Женщине даны разъяснения:

а) о действии назначаемых перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;

б) об основных этапах обезболивания;

в) о следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнениях анестезиологического пособия; травме и прободении матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечении, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;

осложнениях в послеоперационном периоде: скоплении крови в полости матки; остатке плодного яйца в полости матки, острой и/или подострой воспалительных процессах матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита; что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки, и др.;

отдаленных последствиях и осложнениях: бесплодии; хронических воспалительных процессах матки и/или придатков матки; нарушении функции яичников; внематочной беременности; невынашивании беременности; различных осложнениях при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременных родах; различных осложнениях родовой деятельности; кровотечении в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психических расстройствах и др.

Тем не менее вопрос о сроках, в рамках которых аборт возможен, в законодательстве решен различным образом.

Как предусматривала **ч. 1 ст. 36** Основ законодательства 1993 г., искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности. Практически в том же виде аналогичные предписания воспроизведены и в **ч. 4 ст. 2** и **4 ст. 56** Закона об охране здоровья. С физиологической точки зрения с учетом медицинских оснований искусственное прерывание беременности проводится при сроке беременности до 12 недель.

Искусственное прерывание беременности проводится в соответствии с **Инструкцией**, утвержденной Приказом Минздрава России от 14.10.2003 N 484 <1>.

<1> **Приказ** Минздрава России от 14.10.2003 N 484 "Об утверждении инструкций о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности" // БНА ФОИВ. 2003. N 52.

Объем квалифицированной медицинской помощи при искусственном прерывании беременности

должен включать эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после аборта.

Медицинскими противопоказаниями к операции искусственного прерывания беременности являются:

- а) острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов;
- б) острые воспалительные процессы любой локализации;
- в) острые инфекционные заболевания.

При наличии других противопоказаний (заболевания, состояния, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) вопрос решается индивидуально в каждом конкретном случае.

Для получения направления на операцию искусственного прерывания беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу женской консультации, поликлиники (амбулатории), врачу общей практики (семейному врачу), в сельской местности - к врачу-акушеру-гинекологу районной больницы или врачу участковой больницы.

Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением для искусственного прерывания беременности производит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний к операции.

Прерывание беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней) осуществляется после установления беременности с помощью различных тестов на беременность и обязательного ультразвукового исследования.

Перед направлением на прерывание беременности в сроки до 12 недель (в том числе и в ранние сроки) проводится обследование: анализ крови на ВИЧ, RW, HBS; бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала, влагалища, определение группы и резус-фактора крови у первобеременных.

Для прерывания беременности во II триместре проводится обследование: УЗИ плода и матки; определение группы крови и резус-фактора; анализ крови на ВИЧ, RW, HBS; клинический анализ крови; гемостазиограмма (протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, тромбоциты), биохимическое исследование крови (глюкоза, билирубин, общий белок, холестерин, мочевины, креатинин); общий анализ мочи; бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища; определение антител к гепатиту С; рентгенологическое исследование органов грудной клетки, электрокардиографическое исследование, осмотр терапевтом, а по показаниям и других специалистов.

После прерывания беременности во II триместре перед выпиской из стационара проводится обязательное ультразвуковое исследование органов малого таза. Результаты исследования заносятся в Медицинскую карту амбулаторного больного ([форма 025/у](#)).

При отсутствии медицинских противопоказаний к операции прерывания беременности женщине выдается направление в лечебно-профилактическое учреждение с указанием срока беременности, результатов обследования, заключением комиссии о прерывании беременности по конкретным медицинским показаниям (диагноз) и социальным показаниям.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители.

Разрешается проводить искусственное прерывание беременности в амбулаторно-поликлинических учреждениях:

- в ранние сроки беременности при задержке менструации не более 20 дней;

при сроке беременности до 12 недель - в условиях дневных **стационаров**, организованных на базе клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений, многопрофильных городских, областных больниц и других лечебно-профилактических учреждений, имеющих условия для оказания квалифицированной медицинской помощи, в том числе экстренной хирургической, реанимационной и интенсивной.

При прерывании беременности в ранние сроки в **женской консультации** следует закрепить гинекологический стационар для госпитализации женщин с осложнениями, которые могут возникнуть во время и после аборта, и обеспечить своевременную доставку больной в стационар санитарным транспортом.

Искусственное прерывание беременности до 12 недель у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными процессами с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии экстрагенитальных заболеваний, аллергических заболеваний (состояний) производится только в условиях стационара.

Искусственное прерывание беременности во II триместре необходимо производить в стационаре, имеющем условия для оказания квалифицированной медицинской помощи, в том числе экстренной хирургической, реанимационной и интенсивной.

На поступающую в стационар для прерывания беременности женщину заполняется:

при поступлении для планового прерывания беременности в сроке до 12 недель - Медицинская карта прерывания беременности (форма 003-1/у).

в сроке до 22 недель беременности и во всех остальных случаях (прерывание беременности по **социальным** показаниям, угрожающий, начавшийся аборт и т.д.) - Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у);

в сроке 22 недели и более:

а) при поступлении в акушерский стационар при угрожающих, начавшихся преждевременных родах - История родов (форма 096/у);

б) при поступлении по поводу прерывания беременности в гинекологический стационар (во всех остальных случаях, кроме п. "а") - Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у).

Сведения о прерывании беременности ранних сроков, проведенных в амбулаторных условиях, заносятся в Медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у) и Журнал записей амбулаторных операций (форма 69/у).

Проведение операции искусственного прерывания беременности должно осуществляться с обязательным адекватным обезболиванием.

После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови проводится иммунизация иммуноглобулином антирезус Rho (Д) человека.

Длительность пребывания в стационаре после операции искусственного прерывания беременности определяется лечащим врачом индивидуально в зависимости от состояния здоровья женщины. После прерывания беременности в ранние сроки и в сроке до 12 недель, произведенного в условиях дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения без осложнений, женщина должна находиться под наблюдением медицинского персонала не менее 4 часов.

После искусственного прерывания беременности в амбулаторных и стационарных условиях каждая женщина должна получить необходимую информацию о режиме, возможных осложнениях после операции и рекомендации по предупреждению нежелательной беременности.

В связи с операцией искусственного прерывания беременности работающим женщинам выдается

листок нетрудоспособности в установленном порядке, но не менее чем на 3 дня.

После искусственного прерывания беременности женщине рекомендуется посещение женской консультации (поликлиники, амбулатории) для проведения необходимых реабилитационных мероприятий и индивидуального подбора метода контрацепции.

Однако как **Основы законодательства**, так и **Закон** об охране здоровья содержат в качестве оснований для прерывания беременности так называемые социальные показания. Представляется, что данные показания должны иметь четкий и исчерпывающий перечень, не допускающий возможность их определения в каждом конкретном случае. Следует также отметить, что в справочных изданиях аборт определяется как прекращение беременности вследствие рождения плода до истечения 28 недель, когда плод человека нежизнеспособен <1>.

<1> Большой энциклопедический словарь. М., 1991. С. 6.

Соответствующие социальные показания для искусственного прерывания беременности ранее были предусмотрены **Постановлением** Правительства РФ от 11.08.2003 N 485 <1>, которым были установлены четыре таких основания. В настоящее время в соответствии с **Постановлением** Правительства РФ от 06.02.2012 N 98 <2> установлено только одно основание прерывания беременности, которым является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного **ст. 131** УК РФ, т.е. в результате изнасилования.

<1> **Постановление** Правительства РФ от 11.08.2003 N 485 "О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности" // СЗ РФ. 2003. N 33. Ст. 3275.

<2> **Постановление** Правительства РФ от 06.02.2012 N 98 "О социальном показании для искусственного прерывания беременности" // СЗ РФ. 2012. N 7. Ст. 878.

На наш взгляд, встречающиеся в литературе неоднозначные представления о сроках искусственного прерывания беременности дают повод для более взвешенного с точки зрения медицинской науки и практики поиска оптимального соотношения периода, в течение которого женщина может сделать аборт без явного риска для ее здоровья.

По сравнению с **Основами законодательства** 1993 г. более подробно раскрыты сроки прерывания беременности. Так, согласно **п. 3 ст. 56** Закона, искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности 4 - 7 недель;

б) при сроке беременности 11 - 12 недель, но не позднее окончания 12 недель беременности;

2) не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8 - 10 недель беременности.

Важной и своевременной новеллой представляется **ч. 7 ст. 56** Закона, регулирующая вопрос искусственного прерывания беременности у совершеннолетней, признанной в установленном порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю. Как правило, речь идет о случаях недееспособности ввиду наличия временного психического расстройства или хронического заболевания на патологическом уровне. В данной ситуации прерывание беременности возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней.

Как и прежде, незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет уголовную ответственность, установленную **ст. 123** "Незаконное производство аборта" УК РФ.

Статья 57. Медицинская стерилизация

Комментарий к [статье 57](#)

Наряду с искусственным прерыванием беременности значительное место в рамках планирования семьи и демографической политики занимают вопросы медицинской стерилизации. С точки зрения медицины стерилизация заключается в лишении детородных функций без видимых повреждений, основана на внутреннем вмешательстве в организм человека <1>.

<1> Павлова Ю.В. [Правовые аспекты применения медицинской стерилизации](#) как метода планирования семьи // Медицинское право. 2007. N 1.

Основная социальная проблема стерилизации заключается в возможности сохранения семьи, брачного союза, после того как женщина лишит себя детородных функций. Ведь, как известно, семейное законодательство (Семейный кодекс РФ 1995 г. <1>) одной из целей брачного союза мужчины и женщины называет рождение детей, что также обеспечивается возможностью медицинского обследования лиц, вступающих в брак, а также консультированием по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи ([ст. 15 СК РФ](#)).

<1> СЗ РФ. 1996. N 1. Ст. 16.

Законодательством некоторых стран, например Финляндии (Закон N 238 1970 г.), предусмотрено обязательное информирование супруга о намерении сделать стерилизацию. Австралийский закон N 280 1978 г. признает одним из оснований расторжения брака в случае воспрепятствования одним из супругов рождению ребенка в случае производства аборта или медицинской стерилизации <1>.

<1> Драгонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. М.: БЕК, 2003.

Кроме того, здесь также следует согласиться с мнением Г.Б. Романовского о том, что отказ от деторождения затрагивает не только права лица, давшего согласие на оперативное вмешательство, но и права супруга (супруги) <1>.

<1> Романовский Г.Б. Гносеология права на жизнь. М.: Юридический центр Пресс, 2003.

В общем, в литературе считают разумным, что при осуществлении репродуктивного выбора следует закрепить обязательное информирование супруга (супруги) об этом, что соответствовало бы соблюдению указанного принципа равенства супругов в семье <1>.

<1> Павлова Ю.В. [Правовые аспекты применения медицинской стерилизации](#) как метода планирования семьи // Медицинское право. 2007. N 1.

Следует, наверное, согласиться с данным мнением. Обязать супруга, решившегося на стерилизацию, получать обязательное согласие от другого супруга не представляется обоснованным, поскольку нарушало бы права человека в личной сфере.

Однако информирование супруга о стерилизации, в свою очередь, предоставляет право выбора второму супругу: сохранять брачный союз, в котором не может быть детей, либо расторгнуть такой брак.

Медицинская стерилизация с точки зрения норм [Закона](#) об охране здоровья как специальное медицинское вмешательство рассматривается в двух аспектах: 1) способ лишения человека способности

к воспроизводству потомства, 2) метод контрацепции.

Тем не менее, как правило, медицинская стерилизация по медицинским показаниям применяется в целях сохранения жизни и здоровья пациента. При этом достаточно только письменного согласия гражданина <1>. Согласно [ч. 3 ст. 57](#) Закона об охране здоровья перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

<1> Павлова Ю.В. [Указ. соч.](#)

Стерилизация может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше 35 лет или гражданина, имеющего не менее 2 детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

Следует согласиться с мнением некоторых авторов о том, что причиной установления относительно высокого возрастного ценза для стерилизации могут быть своеобразное презюмирование законодателем тезиса о необдуманности и незрелости решения о такой процедуре и, следовательно, высокая вероятность его пересмотра в будущем <1>.

<1> Салагай О.О. [Регулирование медицинской стерилизации человека](#): сравнительно-правовой анализ и некоторые аспекты совершенствования национального законодательства Российской Федерации // Журнал российского права. 2009. N 7.

Впрочем, помимо только социальных аспектов в установлении возрастного предела имеют значение биологические особенности женского организма и частота рождений после 35-летнего возраста, которая свидетельствует, естественно, о низком уровне рождаемости в силу конкретных социально-экономических факторов и поведенческих мотивов брачных союзов, редко планирующих рождение детей в рассматриваемой ситуации.

Несмотря на сложную этическую составляющую, актуальное законодательство большинства государств сохранило институт стерилизации недееспособных граждан. При этом детализация процедуры принятия решения о стерилизации недееспособного гражданина в разных странах достигает различной глубины.

Сравнительно-правовой анализ показывает, что в подавляющем большинстве государств законодательно предусмотрено право дееспособных лиц на добровольную стерилизацию как метод контрацепции <1>.

<1> Салагай О.О. [Указ. соч.](#)

Так, Акт о стерилизации 1998 г. N 44 в Южной Африке устанавливает, что стерилизация представляет собой хирургическую процедуру, осуществляемую у лица в целях прекращения возможности продолжения рода. Согласно указанному акту стерилизация недееспособного может быть осуществлена лишь по просьбе родителя, супруга, опекуна или куратора при условии того, что пациенту не менее 18 лет, а иного доступного способа контрацепции применить невозможно.

При этом должно быть получено положительное решение врачебной комиссии, включающей психиатра (или в случае его отсутствия - врача общей практики), психолога или социального работника и медицинскую сестру. Правда, без соответствующего судебного решения вопрос о принудительной стерилизации все же решается в некоторых европейских странах. В частности, в Швейцарии решение о возможности стерилизации недееспособного лица принимается органами опеки и попечительства (l'autorité tutélaire de surveillance) с учетом заключения экспертов о социальном и психическом состоянии гражданина. В общем аналогичным образом решалась данная проблема и в [Основах законодательства](#) 1993 г.

В литературе справедливо и вполне обоснованно признавали отсутствие судебного решения для принудительной стерилизации недееспособного в качестве отрицательного фактора в рамках реализации прав человека и гражданина. В достаточно большом количестве государств (Великобритания, США, Австралия и др.) решение о принудительной госпитализации недееспособного лица принимается судом по заявлению опекуна <1>.

<1> Там же.

Эти замечания выглядят вполне логичными на фоне практики порядка ограничения прав отдельных категорий граждан, хотя и устанавливаемых в их личных интересах.

Поэтому в отличие от [ст. 37](#) Основ, предоставляющей возможность провести медицинскую стерилизацию по медицинским показаниям вне зависимости от возраста гражданина, а также опыта некоторых государств, [Закон](#) об охране здоровья граждан, во-первых, пошел по пути формализации вопроса о стерилизации совершеннолетних недееспособных лиц, во-вторых, установил юрисдикционный механизм решения этого вопроса. Как следует из [ч. 2 ст. 57](#) Закона об охране здоровья, недееспособное лицо может быть стерилизовано по решению суда, принятого на основании законного его представителя. Решение суд принимает с участием самого недееспособного лица.

Как известно, потребности и основания такого рода стерилизации аналогичны тем, которые предусмотрены и в случаях искусственного прерывания беременности недееспособных: предотвратить распространение соответствующих заболеваний, передающихся на генетическом уровне.

Представляется, что закрепление в [Законе](#) об охране здоровья граждан нормы о решении вопроса о необходимости применения принудительной стерилизации в обязательном судебном порядке является важным шагом российского законодателя по обеспечению конституционных гарантий прав и свобод граждан.

Приказом Минздравсоцразвития России от 18.03.2009 N 121н <1> определен [Перечень](#) медицинских показаний для медицинской стерилизации. Укрупненные перечни соответствующих заболеваний объединены в классы заболеваний по МКБ-10.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 18.03.2009 N 121н "Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации" // БНА ФОИВ. 2009. N 21.

В соответствии с классификацией болезней к показаниям для медицинской стерилизации отнесены:

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Класс II. Новообразования.

Класс III. Болезни крови и кроветворных органов.

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Класс V. Психические расстройства.

Класс VI. Болезни нервной системы.

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата.

Класс IX. Болезни системы кровообращения.

Класс X. Болезни органов дыхания.

Класс XI. Болезни органов пищеварения.

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы.

Вопрос о медицинской стерилизации женщин решается с учетом заключения специалистов по профилю основного заболевания.

Глава 7. МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Статья 58. Медицинская экспертиза

Комментарий к [статье 58](#)

К видам медицинских экспертиз относятся:

- 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.

Федеральный [закон](#) от 29.12.2006 N 255-ФЗ (ред. от 03.12.2011) "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" <1> регулирует правоотношения в системе обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, определяет круг лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, и виды предоставляемого им обязательного страхового обеспечения, устанавливает права и обязанности субъектов обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, а также определяет условия, размеры и порядок обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячным пособием по уходу за ребенком граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

<1> Российская газета. 2006. N 297.

Листок нетрудоспособности выдается на основании [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством РФ.

Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 30.12.2009 N 1121) утверждены [Правила](#) признания лица инвалидом, согласно которым признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и

степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Минздравсоцразвития России.

Целью медико-социальной экспертизы является установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала. Приказом Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 N 1013н <1> определены **Классификации** и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

<1> Российская газета. 2010. N 63.

В соответствии с **Постановлением** Правительства РФ от 23.02.2003 N 123 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе" (ред. от 28.07.2008 N 574) <1> военно-врачебная экспертиза проводится в мирное и военное время в Вооруженных Силах РФ, во внутренних войсках Министерства внутренних дел РФ, подразделениях Государственной противопожарной службы Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, войсках гражданской обороны, инженерно-технических и дорожно-строительных воинских формированиях при федеральных органах исполнительной власти, Службе внешней разведки РФ, Федеральной службе безопасности РФ, федеральных органах государственной охраны, федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти РФ, органах внутренних дел РФ, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, органах федеральной таможенной службы, учреждениях и органах Федеральной службы исполнения наказаний и создаваемых на военное время специальных формирований в целях определения категории годности граждан РФ по состоянию здоровья к военной службе, службе в органах, а также в целях определения причинной связи полученных гражданами увечий (ранений, травм и контузий), заболеваний с прохождением ими военной службы (военных сборов), службы в органах.

<1> СЗ РФ. 2003. N 10. Ст. 902.

Для проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в Вооруженных Силах РФ, других войсках, воинских формированиях и органах создаются военно-врачебные комиссии и врачебно-летные комиссии.

Федеральный **закон** от 31.05.2011 N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" <1> определяет правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве.

<1> Российская газета. 2001. N 106.

Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н <1>, регулирует вопросы организации и производства судебно-медицинской экспертизы, включая судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств и исследование биологических объектов (биохимическую, генетическую, медико-криминалистическую, спектрографическую, судебно-биологическую, судебно-гистологическую, судебно-химическую, судебно-цитологическую, химико-токсикологическую), судебно-медицинскую экспертизу и исследование трупа, судебно-медицинскую экспертизу и обследование потерпевших, обвиняемых и других лиц (экспертиза) в государственных судебно-экспертных учреждениях, экспертных подразделениях системы здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по соответствующим работам (услугам).

<1> Российская газета. 2010. N 186.

Экспертиза профессиональной пригодности проводится в целях определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ. В настоящее время действуют утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н [Перечни](#) вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и [Порядок](#) проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Данные перечни не являются исчерпывающими, они дополняются рядом санитарных правил, которыми также предусмотрены иные категории работ, помимо указанных в утвержденных перечнях, при выполнении которых работники проходят предварительные и периодические медицинские осмотры. К ним относятся санитарные правила, утвержденные постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ.

Согласно [ст. 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании" экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Все названные виды медицинских экспертиз и порядок их проведения будут рассмотрены в [комментариях к ст. ст. 59 - 64](#) Закона об охране здоровья.

Статья 59. Экспертиза временной нетрудоспособности

Комментарий к [статье 59](#)

Федеральный [закон](#) "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" регулирует правоотношения в системе обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, определяет круг лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, и виды предоставляемого им обязательного страхового обеспечения, устанавливает права и обязанности субъектов обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, а также определяет условия, размеры и порядок обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячным пособием по уходу за ребенком граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Листок нетрудоспособности выдается на основании [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется лицами, имеющими в соответствии с законодательством РФ о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности выдают медицинские работники указанных лиц, в том числе:

лечащие врачи медицинских организаций;

фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций (фельдшеры и зубные врачи), иные работники со средним медицинским образованием в отдельных случаях - по решению органа исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения;

лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения - по согласованию с Минздравсоцразвития России.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

организаций скорой медицинской помощи;

организаций переливания крови;

приемных отделений больничных учреждений;

бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;

медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);

учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача листов нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких работодателей и в два предшествующие календарные года до выдачи листа нетрудоспособности был занят у тех же работодателей, выдается несколько листов нетрудоспособности по каждому месту работы.

Выдача и продление листа нетрудоспособности осуществляются медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

Бланки листов нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию.

Листок нетрудоспособности выдается и закрывается, как правило, в одной медицинской организации. При направлении гражданина на лечение в другую медицинскую организацию новый листок нетрудоспособности (продолжение) выдается медицинской организацией, в которую направлен гражданин.

Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность граждан в период их пребывания за границей (после легализованного перевода), по решению врачебной комиссии медицинской организации (врачебная комиссия) могут быть заменены на листки нетрудоспособности установленного в Российской Федерации образца.

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней.

Фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 5 календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней, а в исключительных случаях, после консультации с врачебной комиссией медицинской организации (по подчиненности), - до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведенной консультации в первичной медицинской документации).

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листа нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.

Таким образом, врачу предоставлено право самостоятельно определять период освобождения от работы с периодичностью 10 дней, но не более 30 дней подряд, по истечении которых листок нетрудоспособности продлевается по решению врачебной комиссии. При этом по решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях - на срок не более 12 месяцев с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 календарных дней. То есть продление листа

нетрудоспособности с 30-го дня производится лечащим врачом только по решению врачебной комиссии на период, ею установленный.

Если врачебная комиссия принимает решение о возможности продления листка нетрудоспособности, например, на 30 дней, то в данном случае лечащий врач должен осуществлять продление листка нетрудоспособности каждые 10 дней (до следующего заседания комиссии) единолично.

Таким образом, если временная нетрудоспособность граждан превышает в общей сложности 30 календарных дней, в [графе](#) "Подпись врача" таблицы "Освобождение от работы" ставятся подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии при каждом продлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии <1>.

<1> [Письмо](#) ФСС РФ от 23.12.2011 N 14-03-11/15-16055 "О разъяснении отдельных вопросов, возникающих при оформлении листов нетрудоспособности".

Листок нетрудоспособности не выдается гражданам:

обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;

проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;

находящимся под стражей или административным арестом;

проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии;

с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;

учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования.

Статья 60. Медико-социальная экспертиза

Комментарий к [статье 60](#)

Комментируемая [статья](#), по сути, является отсылочной, поскольку понятие медико-социальной экспертизы дано в [ст. 7](#) Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". Медико-социальная экспертиза - это определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством РФ.

Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 30.12.2009 N 1121) утверждены [Правила](#) признания лица инвалидом, согласно которым признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Минздравсоцразвития России. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается первая, вторая или третья группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория "ребенок-инвалид".

Целью медико-социальной экспертизы является установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала.

Приказом Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 N 1013н <1> определены **Классификации** и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

<1> Российская газета. 2010. N 63.

Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют условия установления групп инвалидности (категории "ребенок-инвалид").

Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности.

К основным видам нарушений функций организма человека относятся нарушения:

психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);

сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;

обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

первая степень - незначительные нарушения;

вторая степень - умеренные нарушения;

третья степень - выраженные нарушения;

четвертая степень - значительно выраженные нарушения.

Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

К основным категориям жизнедеятельности человека относится способность:

- к самообслуживанию;
- к самостоятельному передвижению;
- к ориентации;
- к общению;
- контролировать свое поведение;
- к обучению;
- к трудовой деятельности.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности:

а) способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

первая степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, подробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

вторая степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

третья степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

б) способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

первая степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, подробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

вторая степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

третья степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

в) способность к ориентации - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

первая степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

вторая степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

третья степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

г) способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия,

переработки и передачи информации:

первая степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи; при изолированном поражении органа слуха способность к общению с использованием невербальных способов и услуг по сурдопереводу;

вторая степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

третья степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

д) способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

первая степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

вторая степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

третья степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

е) способность к обучению - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

первая степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

вторая степень - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

третья степень - неспособность к обучению;

ж) способность к трудовой деятельности - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

первая степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

вторая степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

третья степень - неспособность к любой трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) любой трудовой деятельности.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Критерии установления групп инвалидности.

Критерием для определения **первой группы инвалидности** является нарушение здоровья человека со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контролировать свое поведение третьей степени;
- способности к обучению третьей степени;
- способности к трудовой деятельности третьей степени.

Критерием для установления **второй группы инвалидности** является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к ориентации второй степени;
- способности к общению второй степени;
- способности контролировать свое поведение второй степени;
- способности к обучению второй степени;
- способности к трудовой деятельности второй степени.

Критерием для определения **третьей группы инвалидности** является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности первой степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию первой степени; способности к передвижению первой степени; способности к ориентации первой степени; способности к общению первой степени; способности контролировать свое поведение первой степени; способности к обучению первой степени.

Категория "**ребенок-инвалид**" определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Признание лица (далее - гражданин) инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы <1>. К федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы относятся находящиеся в ведении Федерального медико-биологического агентства Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту РФ, главное бюро, осуществляющее медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий (далее - главные бюро), имеющие

филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро).

<1> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 17.11.2009 N 906н "Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы" // Российская газета. 2010. N 7.

Количество бюро определяется исходя из расчета, как правило, 1 бюро на 70 - 90 тыс. человек при условии освидетельствования для установления инвалидности и определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию (далее - освидетельствование), 1,8 - 2 тыс. человек в год. С учетом сложившихся социально-демографических, географических и других особенностей регионов бюро могут создаваться исходя из иного расчета численности населения и количества свидетельствуемых граждан в год.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро (экспертные составы главного бюро, экспертные составы Федерального бюро) общего профиля, специализированного профиля, в том числе для освидетельствования больных туберкулезом, лиц с психическими расстройствами, заболеваниями и дефектами органа зрения, лиц, в возрасте до 18 лет, смешанного профиля.

Количество экспертных составов главных бюро определяется в зависимости от количества бюро общего профиля, специализированного и смешанного профиля (как правило, один экспертный состав главного бюро на 5 - 6 бюро).

Федеральным бюро медико-социальной экспертизы, главными бюро медико-социальной экспертизы, а также бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющимися филиалами главных бюро, исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Минздравсоцразвития России.

Медико-социальная экспертиза (далее - МСЭ) проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности) и его реабилитационного потенциала специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается первая, вторая или третья группа инвалидности. Инвалидность первой группы устанавливается на 2 года, второй и третьей групп - на 1 год. В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы. Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования).

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами <1>.

<1> Корякин В.М. **Комментарий** к Закону Российской Федерации "О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей" (постатейный) // За права военнослужащих, 2007 // СПС.

Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования гражданина и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

На основании [разъяснения](#) Министерства труда и социального развития РФ от 15.04.2003 N 17 <1> (ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 29.04.2005 N 317) "Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности" федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы определяют причины инвалидности, применяя следующие формулировки: общее заболевание; инвалид с детства; профессиональное заболевание; трудовое увечье; военная травма; заболевание получено в период военной службы; заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС; заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС; заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС; заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС; заболевание связано с аварией на ПО "Маяк"; заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на ПО "Маяк"; заболевание связано с последствиями радиационных воздействий; заболевание (травма, увечье, контузия, ранение), полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска.

<1> БНА ФОИВ. 2003. N 35.

Причина инвалидности с формулировкой "общее заболевание" определяется в тех случаях, когда инвалидность явилась следствием различных заболеваний или увечий, но не стоит в прямой зависимости от профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или заболевания, полученного в период военной службы, и не связана с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска и иными обстоятельствами, указанными в настоящем [разъяснении](#).

Причина инвалидности с формулировкой "инвалид с детства" определяется гражданам старше 18 лет, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 18 лет.

Лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Причина инвалидности с формулировкой "профессиональное заболевание" определяется гражданам, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний (отравлений). Указанная причина инвалидности определяется как по прямым последствиям профессионального заболевания, так и по его осложнениям, обусловившим наступление инвалидности. Основанием для определения причины инвалидности с формулировкой "профессиональное заболевание" является акт о случае профессионального заболевания, оформленный в порядке, предусмотренном [Положением](#) о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 15.12.2000 N 967 <1>, или решение суда об установлении факта профессионального заболевания.

<1> СЗ РФ. 2000. N 52. Ст. 5149.

Причина инвалидности с формулировкой "трудовое увечье" определяется гражданам, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве. Указанная причина инвалидности устанавливается как по прямым последствиям несчастного случая на производстве, так и по различным его осложнениям и последствиям, отдаленным по времени от несчастного случая, независимо от срока обращения гражданина в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы. Основанием для определения причины

инвалидности с формулировкой "трудовое увечье" является акт о несчастном случае на производстве по [форме Н-1 \(Н-1ПС\)](#), оформленный в порядке, предусмотренном Постановлением Минтруда России от 24.10.2002 N 73 "Об утверждении форм документов, необходимых для рассмотрения и учета несчастных случаев на производстве, и Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях", или решение суда об установлении факта несчастного случая на производстве.

Постановлением Минтруда России от 30.03.2004 N 41 "Об утверждении форм справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и рекомендаций по порядку их заполнения" (ред. от 22.05.2009) <1> утверждена [форма справки](#), которая выдается гражданину, признанному инвалидом.

<1> Российская газета. 2004. N 88.

Решения бюро, не отмененные или не измененные экспертным составом главного бюро либо в судебном порядке, решения экспертного состава главного бюро, не отмененные или не измененные экспертным составом Федерального бюро либо в судебном порядке, а также решения экспертного состава Федерального бюро, не отмененные или не измененные в судебном порядке, являются обязательными для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовой формы и формы собственности <1>.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 17.11.2009 N 906н "Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы" // Российская газета. 2010. N 7.

Статья 61. Военно-врачебная экспертиза

Комментарий к [статье 61](#)

В соответствии с [Постановлением](#) Правительства РФ "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе" военно-врачебная экспертиза проводится в мирное и военное время в Вооруженных Силах РФ, во внутренних войсках Министерства внутренних дел РФ, подразделениях Государственной противопожарной службы Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, войсках гражданской обороны, инженерно-технических и дорожно-строительных воинских формированиях при федеральных органах исполнительной власти, Службе внешней разведки РФ, Федеральной службе безопасности РФ, федеральных органах государственной охраны, федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти РФ, органах внутренних дел РФ, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, органах федеральной таможенной службы, учреждениях и органах Федеральной службы исполнения наказаний (другие войска, воинские формирования и органы) и создаваемых на военное время специальных формирований в целях определения категории годности граждан РФ по состоянию здоровья к военной службе, службе в органах, а также в целях определения причинной связи полученных гражданами увечий (ранений, травм и контузий), заболеваний с прохождением ими военной службы (военных сборов), службы в органах.

Для проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в Вооруженных Силах РФ, других войсках, воинских формированиях и органах создаются военно-врачебные комиссии и врачебно-летные комиссии.

На военно-врачебные комиссии возлагаются: организация и проведение медицинского освидетельствования: граждан, поступающих на военную службу по контракту; граждан, поступающих на службу в органы; военнослужащих; лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов; граждан, поступающих в образовательные учреждения среднего (полного) общего образования с

дополнительными образовательными программами, имеющими целью военную подготовку несовершеннолетних граждан, - суворовские военные, нахимовские военно-морские училища, кадетские (морские кадетские) корпуса, военно-музыкальные училища и музыкальные кадетские корпуса (училища); граждан, поступающих в военные образовательные учреждения профессионального образования (военно-учебные заведения); граждан, поступающих в образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования Министерства внутренних дел РФ, Федеральной службы исполнения наказаний (учебные заведения); граждан, обучающихся в училищах; граждан, обучающихся по программе подготовки офицеров запаса на военных кафедрах при государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования; граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил РФ, Службы внешней разведки РФ, Федеральной службы безопасности РФ; граждан, призываемых, проходящих, проходивших военные сборы; граждан, проходивших военную службу; граждан, проходивших службу в органах; членов семей военнослужащих (кроме членов семей солдат, матросов, сержантов и старшин, проходящих военную службу по призыву); членов семей лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов; других категорий граждан, определяемых руководителями федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба, служба в органах.

Под медицинским освидетельствованием понимаются изучение и оценка состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования в целях определения их годности к военной службе (службе в органах), обучению (службе) по отдельным военно-учетным специальностям (специальностям), решение других вопросов с вынесением письменного заключения.

Медицинское освидетельствование военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава (должностных лиц) органов, получивших в период военной службы (службы в органах) увечье, заболевание, проводится для определения категории годности их к военной службе (службе в органах) при определившемся врачебно-экспертном исходе.

Под определившимся врачебно-экспертным исходом понимается такое состояние здоровья, когда результаты обследования и лечения дают основание военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) вынести заключение о категории годности к военной службе (службе в органах) и когда дальнейшее лечение не приведет к изменению этой категории годности.

Заочное (по документам) медицинское освидетельствование запрещается.

Заключения военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) о состоянии здоровья, категории годности к военной службе (службе в органах), о годности к обучению (службе) по отдельным военно-учетным специальностям выносятся большинством голосов присутствующих на заседании членов военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) в соответствии с [требованиями](#) к состоянию здоровья граждан согласно приложению к указанному Положению.

Гражданин может обжаловать вынесенное военно-врачебной комиссией (врачебно-летной комиссией) в отношении его заключение в вышестоящую военно-врачебную комиссию (врачебно-летную комиссию) или в суд.

По решению вышестоящей военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) гражданин может быть направлен на контрольное обследование и повторное медицинское освидетельствование.

Заключение военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии) о категории годности к военной службе (летной работе), службе в органах, за исключением заключений о причинной связи увечий, заболеваний, действительно в течение года с даты медицинского освидетельствования, если иное не определено в этом заключении.

Контрольное обследование и повторное медицинское освидетельствование гражданина раньше установленного срока могут проводиться по его заявлению (заявлению его законного представителя) либо по инициативе специалистов военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии), если в состоянии его здоровья произошли изменения, дающие основания для пересмотра заключения военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии).

При несогласии гражданина с заключением военно-врачебной комиссии (врачебно-летной комиссии), а также с результатом медицинского освидетельствования, проведенного в рамках работы

призывной комиссии или комиссии по постановке граждан на воинский учет, гражданин имеет право на производство независимой военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном [Положением](#) о независимой военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 28.07.2008 N 574.

Для проведения медицинского освидетельствования граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, граждан, призываемых на военную службу (военные сборы), медицинского осмотра граждан, не пребывающих в запасе и призванных на военную службу, перед направлением их к месту прохождения военной службы, а также контрольного медицинского освидетельствования граждан, получивших освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, и граждан, заявивших о несогласии с заключениями о их годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования, граждан, не состоящих на военной службе и поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в училища и военно-учебные заведения, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил РФ, руководителями медицинских организаций по заявке военного комиссара, военного комиссара субъекта РФ выделяются врачи-специалисты и средний медицинский персонал.

В случае если медицинские организации городских поселений, муниципальных районов, городских округов и внутригородских территорий городов федерального значения (далее - муниципальные образования) не имеют возможности выделить указанных медицинских специалистов, их отсутствие восполняется за счет врачей-специалистов и среднего медицинского персонала медицинских организаций субъекта РФ.

Под требованиями к состоянию здоровья граждан понимаются медицинские показатели, которые характеризуют состояние здоровья и физического развития и на основании которых определяются категории годности к военной службе.

Медицинские организации независимо от организационно-правовой формы обязаны сообщать в 2-недельный срок по запросам военных комиссариатов, кадровых органов федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба (служба в органах), штатных военно-врачебных комиссий сведения о гражданах, состоящих на учете (наблюдении) по поводу психических расстройств, наркомании, алкоголизма, токсикомании, злоупотребления наркотическими средствами и другими токсическими веществами, инфицирования вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний, с указанием диагноза и даты постановки на учет (наблюдение), а также представлять медицинские карты амбулаторных больных и при необходимости другие медицинские документы (медицинские карты стационарных больных, рентгенограммы, протоколы специальных методов исследования и т.п.), характеризующие состояние здоровья граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, граждан, подлежащих призыву на военную службу, граждан, поступающих на военную службу (службу в органы) по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные (учебные) заведения, училища, и граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил РФ.

Должностные лица, ознакомленные со сведениями, составляющими врачебную тайну, несут ответственность за разглашение этих сведений в соответствии с законодательством РФ.

По окончании медицинского освидетельствования военные комиссариаты, кадровые органы федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба (служба в органах), штатные военно-врачебные комиссии возвращают в 2-недельный срок медицинские документы в соответствующие медицинские организации.

Организация медицинского освидетельствования возлагается:

при первоначальной постановке на воинский учет граждан в год достижения ими 17 лет - на комиссии по постановке граждан на воинский учет, создаваемые в военном комиссариате, а граждан женского пола после получения ими военно-учетной специальности и лиц, получивших гражданство РФ, - на военного комиссара;

при призыве на военную службу - на призывную комиссию;

при призыве на военную службу граждан, зачисленных в запас с присвоением воинского звания офицера, - на военного комиссара.

Медицинское освидетельствование граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу проводят врачи-специалисты: хирург, терапевт, невропатолог, психиатр, окулист, оториноларинголог, стоматолог, а в случае необходимости - врачи других специальностей.

Персональный состав врачей-специалистов, привлекаемых для проведения медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет, утверждается председателями соответствующих комиссий.

Врачи-специалисты по результатам медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу дают заключение о годности к военной службе по следующим категориям:

- А - годен к военной службе;
- Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- В - ограниченно годен к военной службе;
- Г - временно не годен к военной службе;
- Д - не годен к военной службе.

Для граждан, признанных годными к военной службе или годными к военной службе с незначительными ограничениями, в соответствии с расписанием болезней и таблицей дополнительных требований к состоянию здоровья граждан определяется показатель предназначения для прохождения военной службы.

Порядок оформления заключения врача-специалиста определяется Министерством обороны РФ.

Руководители территориальных органов управления здравоохранением, руководители медицинских организаций и военные комиссары обеспечивают своевременное медицинское обследование (лечение) граждан.

Граждане, не пребывающие в запасе, призванные на военную службу, непосредственно перед направлением к месту военной службы проходят медицинский осмотр в целях исключения призыва на военную службу граждан, не подлежащих призыву по состоянию здоровья.

Призывная комиссия субъекта РФ организует медицинский осмотр граждан, не пребывающих в запасе, призванных на военную службу, перед направлением их к месту прохождения военной службы, а также контрольное медицинское освидетельствование граждан, получивших отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, и граждан, заявивших о несогласии с заключением об их годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования.

По решению призывной комиссии субъекта РФ контрольное медицинское освидетельствование граждан, получивших отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, может проводиться заочно путем изучения их личных дел и медицинских документов, представленных в призывную комиссию субъекта РФ. При необходимости проводится очное контрольное медицинское освидетельствование указанных граждан.

Медицинский осмотр и контрольное медицинское освидетельствование осуществляются врачами - членами призывной комиссии субъекта РФ: хирургом, терапевтом, невропатологом, психиатром, окулистом, оториноларингологом, стоматологом, дерматовенерологом, а в случае необходимости - врачами других специальностей.

В случае выявления у гражданина при медицинском осмотре перед направлением к месту прохождения военной службы или при контрольном медицинском освидетельствовании отклонений в состоянии здоровья, изменяющих его категорию годности к военной службе, призывная комиссия субъекта РФ отменяет решение призывной комиссии, о чем сообщается гражданину и в соответствующую призывную комиссию.

Порядок организации и проведения контрольного медицинского освидетельствования определяется Министерством обороны РФ.

Обязанность выявлять и аргументировать факт отсутствия связи увечья или заболевания с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей) также лежит на военно-врачебных комиссиях (далее - ВВК).

Военный комиссариат района направляет на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы через соответствующие медицинские учреждения для решения вопроса о возможности установления инвалидности:

а) всех военнослужащих, уволенных с военной службы по болезни, не имеющих права на пенсию за выслугу лет;

б) военнослужащих, уволенных с военной службы по болезни с правом на пенсию за выслугу лет, и других военнослужащих, уволенных с военной службы, - по их желанию.

При направлении на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы вышеуказанных военнослужащих им выдаются на руки заверенная военным комиссариатом района или области копия свидетельства о болезни, выданного ВВК, либо копии имеющихся в их личных делах справок о ранениях, контузиях, увечьях и нахождении на излечении в военно-лечебных заведениях, а при отсутствии указанных документов - справка с указанием данных о прохождении военной службы (без наименования воинских частей), периодов пребывания в составе действующей армии, времени и причины увольнения с военной службы (в целях сохранения врачебной тайны в необходимых случаях медицинские документы передаются или пересылаются в бюро медико-социальной экспертизы непосредственно военным комиссариатом).

ВВК заочно (по документам) определяет причинную связь увечий, заболеваний у граждан, проходивших (проходящих) военную службу (военные сборы), службу в органах, в случае если (п. 40 Положения):

а) в период прохождения военной службы (военных сборов), службы в органах гражданин был освидетельствован военно-врачебной комиссией, или находился на лечении, или был уволен с военной службы (службы в органах) по состоянию здоровья;

б) у гражданина имеются явные последствия телесных повреждений, полученных в период участия в боевых действиях;

в) увечье, заболевание получены гражданином в период прохождения военной службы (военных сборов), службы в органах либо увечье, заболевание выявлены до истечения одного года после увольнения гражданина с военной службы (окончания военных сборов), службы в органах, при условии что получение увечья, начало заболевания, в том числе приведшего к смерти, можно отнести к периоду военной службы (военных сборов), службы в органах.

Характер и давность имеющихся явных телесных повреждений устанавливаются судебно-медицинским экспертом.

При освидетельствовании граждан, проходивших военную службу (военные сборы), службу в органах и получивших в период прохождения военной службы (военных сборов), службы в органах увечье, но не имеющих справки о травме, ВВК может вынести заключение о причинной связи увечья, заболевания на основании рассмотрения других документов, отражающих обстоятельства получения увечья, заболевания.

В соответствии с п. 41 Положения о ВВК она выносит заключения о причинной связи увечий, заболеваний со следующими формулировками:

а) "военная травма":

если увечье получено освидетельствуемым при исполнении обязанностей военной службы

(служебных обязанностей);

если увечье, заболевание получено освидетельствуемым при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в результате поражений, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, источников ионизирующего излучения, компонентов ракетного топлива и иных высокотоксичных веществ, токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию, источников электромагнитного поля и лазерного излучения, микроорганизмов I и II групп патогенности;

если увечье, заболевание получено в период пребывания освидетельствуемого в составе действующей армии в годы Гражданской войны, Великой Отечественной войны, на Китайско-Восточной железной дороге в 1929 г., во время Советско-финляндской войны 1939 - 1940 гг., в период боевых действий в Западной Белоруссии и в Западной Украине в 1939 г., в боях у озера Хасан в 1938 г. и на реке Халхин-Гол в 1939 г., во время войны с Японией 1945 г., а также в боевых операциях по ликвидации националистического подполья (бандитизма) на территориях Украинской ССР, Белорусской ССР, Латвийской ССР, Литовской ССР и Эстонской ССР в период с 1 января 1944 г. по 31 декабря 1951 г. (при наличии удостоверения участника войны), во время пребывания в плену (если пленение не было добровольным и военнослужащий, находясь в плену, не совершил преступления против Родины), либо если заболевание, возникшее до указанных событий, за период участия в них достигло степени тяжести, которая изменила категорию годности или привела к негодности (в том числе временной) освидетельствуемого к военной службе, службе в органах КГБ СССР (МГБ СССР) и НКВД СССР (МВД СССР), либо если хроническое, медленно прогрессирующее заболевание подтверждается медицинскими документами, позволяющими отнести начало заболевания или обострение заболевания к периоду участия освидетельствуемого в указанных событиях;

если заболевание возникло у освидетельствуемого в период выполнения задач в условиях чрезвычайного положения или при вооруженных конфликтах (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии - один месяц службы за три месяца), либо в период прохождения военной службы в государстве, где велись боевые действия, либо в период его пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей, либо если заболевание, возникшее до указанных событий, за период участия в них достигло степени тяжести, которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) освидетельствуемого к военной службе, службе в правоохранительных органах, либо если хроническое, медленно прогрессирующее заболевание подтверждается медицинскими документами, позволяющими отнести начало или обострение заболевания к периоду участия освидетельствуемого в указанных событиях;

если заболевание вирусным гепатитом, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) или ВИЧ-инфицирование возникло у освидетельствуемого в период нахождения на лечении вследствие хирургического вмешательства (медицинской манипуляции), а у освидетельствуемого из числа медицинского персонала - вследствие ранения, полученного при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

если увечье, заболевание возникло у освидетельствуемого при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) вследствие укуса насекомого, пресмыкающегося или телесного повреждения, нанесенного животным;

б) "заболевание получено в период военной службы":

если заболевание возникло у освидетельствуемого в период прохождения военной службы (военных сборов), службы в правоохранительных органах либо достигло в указанный период степени тяжести, которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) освидетельствуемого к военной службе, службе в правоохранительных органах, а также при хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях, диагностированных до истечения одного года после увольнения с военной службы, службы в правоохранительных органах, если начало заболевания можно отнести к периоду прохождения военной службы (военных сборов), службы в правоохранительных органах;

если заболевание возникло у освидетельствуемого в период прохождения военной службы (военных сборов) в воинских частях или службы в правоохранительных органах, не входивших в состав действующей армии, либо до его убытия в государство, где велись боевые действия, и служба в этом

государстве не оказала влияния на имевшееся заболевание и категорию годности к военной службе, службе в правоохранительных органах;

если увечье, заболевание получено освидетельствуемым в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

если увечье, заболевание получено в период прохождения военной службы (военных сборов), службы в правоохранительных органах, но на момент медицинского освидетельствования документы об обстоятельствах получения увечья, заболевания отсутствуют.

На основании этих показателей ВВК выносит заключение о причинной связи увечья, заболевания на основании справки о травме, выданной командиром воинской части (руководителем органа), в которой гражданин проходил военную службу (военные сборы), службу в правоохранительных органах в момент получения увечья. В справке указываются обстоятельства получения увечья, форма которой определяется соответствующим федеральным органом исполнительной власти. Данная справка необходима ему для подтверждения факта увечья или заболевания при назначении пенсии.

При этом свидетельские показания об обстоятельствах получения гражданином ранения, травмы могут быть приняты военно-врачебной комиссией во внимание только при наличии у него явных последствий телесных повреждений, полученных в период боевых действий, и при условии, что показания даны двумя и более свидетелями, проходившими военную службу (военные сборы) вместе с освидетельствуемым в период получения телесных повреждений.

Факт прохождения свидетелями военной службы (военных сборов) вместе с освидетельствуемым должен быть подтвержден командиром воинской части (руководителем органа), в которой освидетельствуемый проходил военную службу (военные сборы), или военным комиссаром по месту жительства свидетелей. Свидетельские показания не являются основанием для установления факта перенесения гражданином, проходившим военную службу (военные сборы), службу в органах, заболевания или контузии <1>.

<1> Золотухин Г.А., Копытов А.В. [Комментарий](#) законодательства о пенсионном обеспечении граждан, проходивших военную службу, и членов их семей. 2-е изд., перераб. и доп. // За права военнослужащих, 2002 / СПС.

Более детальный порядок о признании военнослужащего инвалидом и прохождении им военно-врачебной экспертизы закреплен в инструкциях соответствующих органов. Так, в Минобороны РФ по данному вопросу действует [Инструкция](#) о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах РФ, утвержденная Приказом Министра обороны РФ от 20.08.2003 N 200 (ред. от 28.02.2008) <1>, в МВД России - [Инструкция](#) о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел РФ и внутренних войсках Министерства внутренних дел РФ, утвержденная Приказом МВД России от 14.07.2004 N 440 <2>, в ФСКН России - [Инструкция](#) о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, утвержденная Приказом ФСКН России от 09.01.2008 N 1 <3>, в ФСБ России - [Инструкция](#) о военно-врачебной экспертизе в органах федеральной службы безопасности, утвержденная Приказом ФСБ России от 29.06.2004 N 457 (ред. от 23.03.2009) <4>, в ФСИН России - [Инструкция](#) о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ, утвержденная Приказом Минюста России от 26.08.2003 N 206 <5>, в ГТК России - [Инструкция](#) о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в таможенных органах РФ, утвержденная Приказом ГТК России от 04.06.2003 N 620 (ред. от 25.08.2008) <6>.

<1> Российская газета. 2003. N 197.

<2> Российская газета. 2004. N 174.

<3> Российская газета. 2008. N 99.

<4> Российская газета. 2004. N 206.

<5> Российская газета. 2003. N 263.

<6> Российская газета. 2003. N 154.

Постановлением Правительства РФ от 28.07.2008 N 574 утверждено [Положение](#) о независимой военно-врачебной экспертизе <1>, в соответствии с которым независимая экспертиза производится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей в том числе выполнение работ (услуг) по военно-врачебной экспертизе и (или) врачебно-лётной экспертизе (далее - экспертное учреждение).

<1> Российская газета. 2008. N 165.

Независимая экспертиза осуществляется врачами-специалистами с учетом [требований](#) к состоянию здоровья граждан, установленных приложением к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному Постановлением Правительства РФ от 25.02.2003 N 123, а также требований к состоянию здоровья граждан, определяемых в установленном порядке соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Гражданин при производстве независимой экспертизы имеет право выбора экспертного учреждения и экспертов.

Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперты не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или военно-врачебной комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, организаций, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Независимая экспертиза производится:

за счет средств гражданина (его законного представителя) в соответствии с договором о производстве независимой экспертизы, заключаемым в соответствии с законодательством РФ между экспертным учреждением и гражданином (его законным представителем);

по заявлению, которое подается гражданином в выбранное им экспертное учреждение в письменной форме с указанием его паспортных данных и причин, послуживших основанием для обращения. При подаче заявления предъявляется паспорт, удостоверяющий личность заявителя, и прилагается копия заключения военно-врачебной комиссии, заверенная в установленном порядке.

При производстве независимой экспертизы гражданин (его законный представитель) имеет право: знакомиться с материалами независимой экспертизы; задавать эксперту вопросы, относящиеся к предмету независимой экспертизы; письменно отказаться от проведения независимой экспертизы, медицинского вмешательства, в том числе необходимого для проведения независимой экспертизы, лабораторных и диагностических исследований, осмотров врачами-специалистами, что фиксируется в медицинской документации соответствующим врачом-специалистом с приложением письменного заявления гражданина; получать по письменному заявлению копии протоколов заседаний комиссии.

Эксперты, включаемые в состав комиссии, избирают из своего состава председателя комиссии, его заместителя, секретаря комиссии и эксперта-куратора. Данное решение оформляется протоколом комиссии и подписывается всеми экспертами.

Эксперт-куратор организует производство независимой экспертизы, в том числе обеспечивает экспертов необходимыми для вынесения заключения независимой экспертизы документами, осуществляет контроль за своевременностью и полнотой медицинского обследования гражданина и получением необходимых документов, а также обеспечивает подготовку и оформление врачебно-экспертных документов и их представление на комиссию.

В случае если для производства независимой экспертизы необходимы дополнительные документы, экспертным учреждением по решению председателя комиссии направляется соответствующий запрос с одновременным уведомлением об этом гражданина.

Независимая экспертиза предусматривает медицинское обследование гражданина, в том числе проведение медицинских осмотров экспертами, а также необходимых лабораторных и диагностических исследований. Данные лабораторных и диагностических исследований, медицинских осмотров экспертов, в том числе с участием иных врачей-специалистов, заключения экспертов отражаются в медицинской документации в соответствии с установленными требованиями.

По результатам медицинского осмотра гражданина экспертом составляется письменное заключение. Обсуждение результатов медицинского освидетельствования с вынесением заключения комиссии осуществляется в отсутствие гражданина.

Заключение комиссии выносится открытым голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании экспертов. При равенстве голосов принятым считается заключение, за которое проголосовал председательствующий на заседании комиссии.

Заключение комиссии объявляется гражданину в присутствии всех участвовавших в медицинском освидетельствовании экспертов, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

Статья 62. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Комментарий к [статье 62](#)

Федеральный [закон](#) от 31.05.2001 N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ" определяет правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве.

При производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела. Эксперт дает заключение, основываясь на результатах проведенных исследований в соответствии со своими специальными знаниями.

Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц.

Судебная экспертиза - процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу.

Судебная экспертиза может производиться в медицинском или ином учреждении, а также в другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводятся исследования.

В случае возникновения при производстве судебной экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно может быть помещено в медицинский стационар. Это государственное медицинское учреждение, а равно его отделение, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов.

Психиатрический стационар, являясь разновидностью медицинского стационара, - государственное психиатрическое учреждение, а равно психиатрическое отделение государственного медицинского учреждения, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов.

Судебно-психиатрический экспертный стационар - психиатрический стационар, специально предназначенный для производства судебно-психиатрической экспертизы.

В случае возникновения при назначении или производстве судебно-медицинской либо судебно-психиатрической экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно помещается в соответствующий медицинский стационар на основании постановления или определения о назначении судебной экспертизы.

Лица, содержащиеся под стражей, помещаются для производства судебной экспертизы в медицинские стационары, специально приспособленные для содержания в них указанных лиц.

Для производства судебно-психиатрической экспертизы лицо помещается в психиатрический стационар или судебно-психиатрический экспертный стационар только на основании определения суда или постановления судьи. Судебно-психиатрические экспертные стационары могут быть предназначены для помещения в них лиц, не содержащихся под стражей, или для помещения в них лиц, содержащихся под стражей.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу и поместившие лицо в медицинский стационар в принудительном порядке, обязаны в течение 24 часов известить об этом кого-либо из членов его семьи, родственников или иных лиц по его указанию, а при отсутствии таковых сообщить в орган внутренних дел по месту жительства указанного лица.

Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н <1>, регулирует вопросы организации и производства судебно-медицинской экспертизы, включая судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств и исследование биологических объектов (биохимическую, генетическую, медико-криминалистическую, спектрографическую, судебно-биологическую, судебно-гистологическую, судебно-химическую, судебно-цитологическую, химико-токсикологическую), судебно-медицинскую экспертизу и исследование трупа, судебно-медицинскую экспертизу и обследование потерпевших, обвиняемых и других лиц (экспертиза) в государственных судебно-экспертных учреждениях, экспертных подразделениях системы здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по соответствующим работам (услугам) (ГСЭУ).

<1> Российская газета. 2010. N 186.

При производстве экспертизы в отношении живого лица с целью определения тяжести вреда, причиненного его здоровью, эксперт руководствуется:

Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 N 522 (ред. от 17.11.2011) <1>;

<1> Российская газета. 2007. N 185.

Медицинскими **критериями** определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 N 194н (ред. от 21.03.2011) <1>;

<1> Российская газета. 2008. N 188.

Инструкцией об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 N 370 <1>.

<1> Российская газета. 2005. N 155.

Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливают порядок определения при проведении судебно-медицинской экспертизы степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

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.

Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков и в соответствии с медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Такими признаками являются:

а) в отношении тяжкого вреда:

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;

б) в отношении средней тяжести вреда:

длительное расстройство здоровья;

значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;

в) в отношении легкого вреда: кратковременное расстройство здоровья; незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется врачом - судебно-медицинским экспертом медицинского учреждения либо индивидуальным предпринимателем, обладающим специальными знаниями и имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по судебно-медицинской экспертизе.

Медицинские критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые используются для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при производстве судебно-медицинской экспертизы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Медицинские критерии используются для оценки повреждений, обнаруженных при судебно-медицинском обследовании живого лица, исследовании трупа и его частей, а также при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам дела и медицинским документам.

Статья 63. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией

Комментарий к [статье 63](#)

В соответствии со [ст. 34](#) Федерального закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения одной из действенных профилактических мер, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний, являются обязательные медицинские осмотры работников отдельных профессий, производств и организаций.

На работников возлагается обязанность при выполнении своих трудовых обязанностей проходить медицинские осмотры. Таковым подлежат граждане, деятельность которых связана с повышенным риском заражения инфекционными болезнями, а также лица, представляющие опасность для населения в случае возникновения у них инфекционной болезни.

Медицинские осмотры обязательны не для всех категорий работников, а только для тех, перечень которых установлен действующим законодательством. В настоящее время действуют утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н [Перечни](#) вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и [Порядок](#) проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Данные перечни не являются исчерпывающими, они дополняются рядом санитарных правил, которыми также предусмотрены иные категории работ помимо указанных в утвержденных перечнях, при выполнении которых работники проходят предварительные и периодические медицинские осмотры. К ним относятся санитарные правила, утвержденные Постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ:

от 11.06.2003 [N 142](#) "Гигиенические требования к предприятиям производства строительных материалов и конструкций. СанПиН 2.2.3.1385-03";

от 11.06.2003 [N 141](#) "Гигиенические требования к организации строительного производства и строительных работ. СанПиН 2.2.3.1384-03";

от 30.05.2003 [N 113](#) "Санитарные правила для формирований железнодорожного транспорта специального назначения. СанПиН 2.5.1335-03";

от 09.06.2003 [N 131](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности. СанПиН 3.5.1378-03";

от 06.06.2003 [N 124](#) "Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров. СанПиН 2.1.3.1375-03";

от 30.05.2003 [N 110](#) "Санитарные правила эксплуатации метрополитенов. СанПиН 2.5.1337-03";

от 28.05.2003 [N 104](#) "Гигиенические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды аквапарков. СанПиН 2.1.2.1331-03";

от 04.04.2003 [N 32](#) "Санитарные правила по организации грузовых перевозок на железнодорожном транспорте. СанПиН 2.5.1250-03";

от 04.04.2003 [N 31](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов. СанПиН 2.5.1277-03";

от 03.04.2003 [N 27](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к учреждениям дополнительного образования детей (внешшкольные учреждения). СанПиН 2.4.4.1251-03";

от 26.03.2003 [N 24](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03";

от 17.03.2003 [N 20](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы загородных стационарных учреждений отдыха и оздоровления детей. СанПиН 2.4.4.1204-03";

от 11.03.2003 [N 13](#) "Гигиенические требования к устройству, содержанию, оборудованию и режиму работы специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. СанПиН 2.4.1201-03";

от 04.03.2003 [N 12](#) "Санитарные правила по организации пассажирских перевозок на железнодорожном транспорте. СП 2.5.1198-03";

от 30.01.2003 [N 4](#) "Плавательные бассейны. Гигиенические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды. Контроль качества. СанПиН 2.1.2.1188-03" и др.

Медицинские осмотры (обследования) работников проводятся медицинскими организациями, имеющими лицензию на указанный вид деятельности, а также подразделяются на предварительные (при поступлении на работу) и периодические профилактические.

Согласно [ст. 69](#) ТК РФ обязательные предварительные медицинские осмотры проводятся при заключении трудового договора, прежде всего в отношении лиц, не достигших возраста 18 лет, а также в отношении работников: принимаемых на тяжелые работы и на работы с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземные работы), а также на работы, связанные с движением транспорта; организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических и детских учреждений; принимаемых на работы, которые связаны с изготовлением и оборотом пищевых продуктов, оказанием услуг в сфере розничной торговли пищевыми продуктами, материалами и изделиями и сфере общественного питания и при выполнении которых осуществляются непосредственные контакты работников с пищевыми продуктами, материалами и изделиями; лиц, принимаемых на работу, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, и другие категории лиц, в соответствии с действующим законодательством. Предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья работника (освидетельствуемого) поручаемой ему работе.

Периодические медицинские осмотры (обследования) проводятся с целью:

наблюдения за состоянием здоровья работников в динамике, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска;

выявления общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;

своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников.

Обязательные медицинские осмотры могут проводиться не только в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний, но и по иным показаниям. Целями так называемых дополнительных медицинских осмотров могут быть:

выявление и профилактика различных заболеваний: сахарного диабета, онкологических заболеваний, туберкулеза, сердечно-сосудистых патологий, заболеваний опорно-двигательного аппарата и многих других;

работа с вредными, опасными производственными факторами;

установление очагов вспыхнувшей эпидемии или массовых отравлений и т.п.

В случае если при проведении периодического медицинского осмотра (обследования) возникают подозрения на наличие у работника профессионального заболевания, медицинская организация направляет его в установленном порядке в центр профпатологии на экспертизу связи заболевания с профессией.

Право на осуществление экспертизы связи заболеваний с профессией предоставляется государственным (муниципальным) центрам профпатологии (Минздрава России на базе НИИ медицины труда РАМН, территориальным в субъектах РФ и ведомственным) и научно-исследовательским институтам системы Минздрава России, РАМН, имеющим в своей структуре клиники профпатологии, при наличии лицензии на данный вид деятельности.

Лицензия на проведение экспертизы связи заболеваний с профессией, выданная лицензирующим органом субъекта РФ, действительна только на территории указанного субъекта для медицинского освидетельствования лиц, проживающих или работающих на данной территории.

В соответствии с [Приказом](#) Минздравсоцразвития России N 248, РАМН N 18 от 01.04.2005 создан Координационный центр профпатологии Минздравсоцразвития России на базе государственного учреждения НИИ медицины труда РАМН, заключение которого является действительным на всей территории России.

Работник, у которого установлен диагноз профессионального заболевания, центром профпатологии направляется с соответствующим заключением в медицинскую организацию по месту жительства, которая оформляет документы для представления на медико-социальную экспертизу.

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

Комментарий к [статье 64](#)

В целях обеспечения реализации прав граждан на получение медицинской помощи комментируемая [статья](#) предусматривает экспертизу качества медицинской помощи. Она должна соответствовать объемам и условиям, предусмотренным в территориальной программе обязательного медицинского страхования и договору об оказании медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Определен порядок и механизм их проведения. Предусмотрены контрольные функции со стороны фондов обязательного медицинского страхования в целях обеспечения защиты интересов застрахованных лиц.

Согласно [ст. 40](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании" экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится соответствующим экспертом, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Таким экспертом является врач - специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения о них, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи.

Порядок ведения такого реестра территориальным фондом, в том числе размещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети Интернет, устанавливается Федеральным фондом.

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.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным Федеральным фондом.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные [ст. 41](#) названного Закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 16.08.2011) <1> конкретизирован [Порядок](#) организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

<1> Российская газета. 2011. N 20.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- а) целевой экспертизы;
- б) плановой экспертизы.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате в случаях:

получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

летальных исходов при оказании медицинской помощи;

внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям:

отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента представления счета на оплату;

повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные

сроки исчисляются с момента представления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи с момента представления счета на оплату не ограничиваются по случаям жалоб застрахованных лиц или их представителей, летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи, и осуществляется в соответствии с Федеральным [законом](#) от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объем ежемесячных плановых экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, и составляет не менее:

в стационаре - 5% от числа законченных случаев лечения;

в дневном стационаре - 3% от числа законченных случаев лечения;

при оказании амбулаторно-поликлинической помощи - 0,5% от числа законченных случаев лечения по результатам медико-экономического контроля.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:

- а) методом случайной выборки;
- б) по тематически однородной совокупности случаев.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц.

Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней

продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок.

Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и (или) минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, договору об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом, являются основанием для применения к медицинской организации соответствующих мер.

На основании актов такой экспертизы уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи.

Статья 65. Медицинское освидетельствование

Комментарий к [статье 65](#)

В целях совершенствования деятельности органов и организаций здравоохранения по обеспечению проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения и во исполнение Постановления Правительства РФ от 26.06.2008 N 475 (ред. от 10.02.2011) утверждены [Правила](#) 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.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством (далее - освидетельствование), проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию

на осуществление медицинской деятельности, включающей работы и услуги по медицинскому (наркологическому) освидетельствованию.

Освидетельствование проводится на основании протокола о направлении на освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства, в отношении которого применяется данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

Освидетельствование проводится как непосредственно в медицинских организациях, так и в специально оборудованных для этой цели передвижных пунктах (автомобилях), соответствующих установленным Минздравсоцразвития России требованиям.

Освидетельствование проводится врачом (в сельской местности при невозможности проведения освидетельствования врачом - фельдшером), прошедшим на базе наркологического учреждения подготовку по вопросам проведения медицинского освидетельствования. Заключение о состоянии опьянения в результате употребления наркотических средств, психотропных или иных, вызывающих опьянение, веществ выносится при наличии клинических признаков опьянения и обнаружении при химико-токсикологическом исследовании биологического объекта одного или нескольких наркотических средств, психотропных или иных, вызывающих опьянение, веществ или их метаболитов вне зависимости от их концентрации (количества).

Психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии с [разделом IV](#) Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 21.11.2011) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" <1> и подзаконными нормативными актами.

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. N 33. Ст. 1913.

Целью психиатрического освидетельствования является определение, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также решение вопроса о виде такой помощи.

Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого. Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет проводятся по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя, в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на психиатрическое освидетельствование, - по просьбе или с согласия его законного представителя.

В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о просьбе или даче согласия на проведение психиатрического освидетельствования подопечного не позднее дня, следующего за днем такой просьбы или дачи указанного согласия.

Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные

потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением.

Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

В соответствии с [Положением](#) о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 <1> и [п. 5](#) Плана реализации мероприятий по совершенствованию порядка исполнения государственных функций и процедур, связанных с приемом квалификационных экзаменов на получение права на управление транспортными средствами и выдачей водительских удостоверений, утвержденного распоряжением Правительства РФ от 15.07.2010 N 1174-р <2>, были изданы [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 28.09.2010 N 831н "Об утверждении единого образца Медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами" и [Инструкция](#) по заполнению медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами (далее - Инструкция) <3>.

<1> СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2898

<2> СЗ РФ. 2010. N 29. Ст. 3973.

<3> Российская газета. 2010. N 243.

Согласно [п. 8](#) Инструкции в заключении врачебной комиссии по медицинскому освидетельствованию водителей транспортных средств (кандидатов в водители) отмечается наличие или отсутствие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством в соответствующих категориях.

Согласно Федеральному [закону](#) от 13.12.1996 N 150 "Об оружии" [Постановлением](#) Правительства РФ от 21.07.1998 N 814 "О мерах по регулированию оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации" были регламентированы [Приказом](#) Минздрава России от 11.09.2000 N 344 (ред. от 12.07.2010) "О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия" <1> медицинские противопоказания при выдаче лицензии на приобретение оружия. В освидетельствовании принимают участие врач-терапевт с привлечением имеющейся медицинской документации, а также специалисты - психиатр, нарколог, окулист. В случае отсутствия специалистов в данном медицинском учреждении привлечение их осуществляется на договорной основе.

<1> Российская газета. 2000. N 201.

Заключение специалистов утверждается клинико-экспертной комиссией медицинского учреждения и скрепляется печатью.

Иные виды медицинского освидетельствования могут устанавливаться законодательством РФ в отношении различных категорий граждан. Это могут быть спортсмены, лица, призываемые на военную службу, на службу в органы внутренних дел, и др.

Глава 8. МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Статья 66. Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий

Комментарий к [статье 66](#)

Важнейшим элементом регулирования медицины терминальных состояний, нашедшим отражение в [Законе](#) об охране здоровья, стали нормы, устанавливающие порядок определения момента смерти человека. Моментом смерти человека является момент его биологической смерти (необратимой гибели человека) или смерти его мозга ([п. 1 ст. 66](#)). Биологическая смерть устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений, притом что смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких ([п. п. 2 и 3 ст. 66](#)).

Констатация биологической смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером), диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в той медицинской организации, где находится пациент, в составе которой должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В консилиум врачей не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации органов и (или) тканей.

Попутно отметим, что процедуру констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга в настоящий период регулирует [Инструкция](#), утвержденная Приказом Минздрава России от 20.12.2001 N 460 <1>.

<1> БНА БОИВ. 2002. N 5.

В литературе справедливо отмечают, что констатации состояния смерти должно предшествовать применение полного комплекса реанимационных мероприятий, показанных данному больному <1>. Поэтому неслучайно и вполне логично отдельное правовое регулирование получили вопросы прекращения реанимационных мероприятий в случаях их полной бесперспективности. К ним согласно [п. 6 ст. 66](#) комментируемого Закона отнесены:

<1> Романовский Г.Б. [Момент смерти как юридическая фикция](#) // Эксперт-криминалист. 2006. N 1.

констатация смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

неэффективность реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;

отсутствие у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Обнажение правовых аспектов определения момента смерти человека заставляет законодателя оптимизировать также вопросы осуществления и прекращения реанимационных мероприятий, которые в настоящее время осуществляются лишь на основании подзаконных нормативных актов.

В целях соблюдения прав граждан в данной сфере, во исполнение норм Закона Правительством РФ должны быть утверждены порядок определения момента смерти человека, включая условия, критерии и процедуру установления смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий, а также форма протокола установления смерти ([п. 8 ст. 66](#) Закона об охране здоровья).

Несмотря на такое нормативное установление, соответствующие вопросы пока решены на уровне Минздрава России. Приказом Минздрава России от 04.03.2003 N 73 <1> утверждена [Инструкция](#) по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий.

<1> [Приказ](#) Минздрава России от 04.03.2003 N 73 "Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий" // БНА ФОИВ. 2003. N 25.

Смерть человека наступает в результате гибели организма как целого. В процессе умирания выделяют стадии: агонию, клиническую смерть, смерть мозга и биологическую смерть.

Агония характеризуется прогрессивным угасанием внешних признаков жизнедеятельности организма (сознания, кровообращения, дыхания, двигательной активности).

При клинической смерти патологические изменения во всех органах и системах носят полностью обратимый характер.

Смерть мозга проявляется развитием необратимых изменений в головном мозге, а в других органах и системах - частично или полностью обратимых.

Биологическая смерть выражается посмертными изменениями во всех органах и системах, которые носят постоянный, необратимый, трупный характер.

Посмертные изменения имеют функциональные, инструментальные, биологические и трупные признаки:

Функциональные признаки:

- а) отсутствие сознания;
- б) отсутствие дыхания, пульса, артериального давления;
- в) отсутствие рефлекторных ответов на все виды раздражителей.

Инструментальные признаки:

- а) электроэнцефалографические;
- б) ангиографические.

Биологические признаки:

- а) максимальное расширение зрачков;
- б) бледность и/или цианоз, и/или мраморность (пятнистость) кожных покровов;
- в) снижение температуры тела.

Трупные изменения:

- а) ранние признаки;
- б) поздние признаки.

Констатация смерти человека наступает при смерти мозга или биологической смерти человека (необратимой гибели человека).

Биологическая смерть устанавливается на основании наличия трупных изменений (ранние признаки, поздние признаки).

Диагноз смерти мозга устанавливается в учреждениях здравоохранения, имеющих необходимые условия для констатации смерти мозга.

Смерть человека на основании смерти мозга устанавливается в соответствии с [Инструкцией](#) по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2001 N 460 <1>. Данным Приказом утверждена [форма протокола](#) становления смерти человека.

<1> [Приказ](#) Минздрава России от 20.12.2001 N 460 "Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга" // БНА ФОИВ. 2002. N 5.

Реанимационные мероприятия прекращаются только при признании этих мер абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно:

при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни;

при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение тридцати минут.

Реанимационные мероприятия не проводятся:

а) при наличии признаков биологической смерти;

б) при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, не совместимой с жизнью.

Статья 67. Проведение патолого-анатомических вскрытий

Комментарий к [статье 67](#)

Регулирование вопросов проведения патолого-анатомических вскрытий на уровне федерального законодательства не является принципиально новым юридическим решением и известно медицинскому праву благодаря [ст. 48](#) Основ законодательства 1993 г. Напомним, что названная [статья](#) имеет аналогичное название, однако можно обнаружить разницу в содержательной части обеих норм. Нашедший закрепление в комментируемом [Законе](#) вариант конструктивно более развернут и конкретизирует ряд принципиальных вопросов проведения вскрытия, учитывающих морально-этические и технические аспекты.

В [пункте 1 комментируемой статьи](#) закреплена цель проведения патолого-анатомического вскрытия - получение данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания, что в принципе было закреплено в [Основах законодательства](#) 1993 г.

В неизменном виде оставлены вопросы регулирования порядка проведения вскрытия. Данный порядок, как следует из содержания нормы [п. 2 рассматриваемой статьи](#), определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Такой документ был принят в форме [Положения](#) о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий Минздравмедпромом России <1> еще в 1994 г. и продолжает действовать в настоящий период, как представляется, до принятия нового порядка. В [Положении](#) предусматривается, что патолого-анатомическое вскрытие производится в патолого-анатомических бюро и отделениях лечебно-профилактических учреждений строго в соответствии с законодательством РФ.

<1> [Приказ](#) Минздравмедпрома РФ от 29.04.1994 N 82 "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" // Российские вести. 1994. N 108.

В случаях смерти от насильственных причин или подозрений на них, от механических повреждений,

отравлений, в том числе этиловым алкоголем, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, произведенного вне лечебного учреждения, а также при неустановленности личности умершего труп подлежит судебно-медицинскому исследованию. [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н <1> определены особенности порядка организации и проведения экспертизы трупа. При вскрытии трупа не допускается обезображивание открытых частей тела.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" // Российская газета. 2010. N 186.

Кроме того, [Положением](#) урегулированы порядок назначения и проведения вскрытий трупов умерших в стационаре; порядок направления и проведения патолого-анатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара; порядок вскрытия трупов мертворожденных и новорожденных; порядок вскрытия детских трупов.

Как и ранее, сохранена нормативная конструкция условий, препятствующих проведению патолого-анатомических мероприятий.

В качестве положительной новации следует рассматривать закрепление на уровне [Закона](#) перечня оснований, при наличии которых вскрытие проводится независимо от внешних субъективных факторов, в том числе вопреки религиозным мотивам и воле умершего, запрета со стороны его родственников. Напомним, что ранее конструкция нормы содержала отсылочный элемент. Это, в свою очередь, делает комментируемые положения [статьи](#) нормой прямого действия.

К рассматриваемым обстоятельствам отнесены:

подозрение на насильственную смерть;

невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

смерть:

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

2) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

3) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

4) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

5) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до 28 дней жизни включительно;

рождение мертвого ребенка;

необходимость судебно-медицинского исследования.

Принципиальной новеллой регулирования процесса патолого-анатомического вскрытия следует

считать закрепление методологии проведения исследования, поскольку [Основы законодательства](#) 1993 г. данные вопросы не регулировали.

Как определено в [Законе](#), диагностический процесс может включать использование гистологического, биохимического, микробиологического и других необходимых методов исследований как единого комплекса метода научного познания в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния.

Придавая необходимое с научной точки зрения значение методологии исследований, способствующих достижению максимально возможных результатов в установлении причин смерти и диагностике заболеваний умершего, [Законом](#) исключается право уполномоченных лиц давать согласие на проведение таких исследований. Этим в том числе исключается возможность определять конкретную методику проведения экспертизы.

Результаты проведенных патолого-анатомических мероприятий закрепляются в письменной форме в виде заключения о причине смерти и диагнозе заболевания.

При этом в [Законе](#) значительно расширен перечень лиц, которые вправе требовать соответствующее заключение. К ним отнесены:

супруг;

близкие родственники;

иные родственники либо законный представитель умершего (при отсутствии близких родственников);

правоохранительные органы;

органы, осуществляющие государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

орган, осуществляющий контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию.

При этом в качестве процессуальной гарантии защиты прав и законных интересов умершего лица, а также его представителей им предоставлено право обжаловать заключение о результатах патолого-анатомического вскрытия в суд.

Отметим, что ранее действовавшее законодательство таких положений не содержало.

[Пункт 6 комментируемой статьи](#) практически воспроизводит аналогичные нормативные положения [Основ законодательства](#) 1993 г. относительно права супруга, близких родственников или законного представителя пригласить врача-специалиста (при наличии его согласия) для участия в патолого-анатомическом вскрытии.

В целом это обеспечивает возможность объективных выводов по результатам проведенных исследований. В то же время следует отметить, что в отличие от [Основ законодательства](#) 1993 г. комментируемая [статья](#) не содержит нормы о праве родственников умершего провести независимую экспертизу. Однако это обстоятельство не умаляет права граждан на получение альтернативных суждений о причинах смерти и диагнозе заболевания близкого им человека, поскольку соответствующие положения "перекочевали" в [ст. 58](#) Закона об охране здоровья, посвященную вопросам медицинской экспертизы.

Напомним, что согласно [п. 3 указанной статьи](#) граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством РФ (см. [комментарий к ст. 58](#) Закона).

В заключение комментируемой [статьи](#) закреплено положение о том, что патолого-анатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего человека и сохранением

максимально его анатомической формы.

Положения комментируемой [статьи](#) вступили в силу с 1 января 2012 г. (см. [комментарий к п. 2 ст. 101 Закона](#)).

Статья 68. Использование тела, органов и тканей умершего человека

Комментарий к [статье 68](#)

Впервые в рамках Закона предусмотрена возможность использования тела, органов и тканей умершего человека в медицинских, научных и учебных целях ([ст. 68](#)). Это возможно в случаях наличия письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования, в случае если тело не востребовано после смерти человека членами его семьи, близкими родственниками, законным представителем или иным лицом в целях его погребения.

Порядок и условия передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, порядок использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях, в том числе максимальный срок их использования, устанавливаются Правительством РФ. По данному вопросу Правительством РФ должен быть принят соответствующий подзаконный акт в форме постановления.

Погребение невостребованного тела умершего человека осуществляется с учетом норм Федерального [закона](#) о погребении и похоронном деле, который определяет погребение как обрядовые действия по захоронению тела (останков) человека после его смерти в соответствии с обычаями и традициями, не противоречащими санитарным и иным требованиям. Погребение может осуществляться путем предания тела (останков) умершего земле (захоронение в могилу, склеп), огню (кремация с последующим захоронением урны с прахом), воде (захоронение в воду в порядке, определенном нормативными правовыми актами РФ).

При этом вопросы, связанные с конкретными процедурами и понятиями в сфере похоронного дела, регулируются на уровне технических документов-стандартов. В частности, отдельные вопросы в рассматриваемой сфере урегулированы Национальным [стандартом](#) РФ, регулирующим оказание ритуальных услуг <1>.

<1> Национальный [стандарт](#) "Услуги бытовые. Услуги ритуальные. Термины и определения. ГОСТ Р 53107-2008" (утв. [Приказом](#) Ростехрегулирования от 18.12.2008 N 516-ст). М.: Стандартинформ, 2009.

Согласно [п. 2.1.16](#) Стандарта невостребованный умерший (погибший) - умерший (погибший), погребение которого по каким-либо причинам не взяли на себя родственники или ответственные лица. Тело умершего может оказаться невостребованным для погребения в случаях, если:

- личность умершего (погибшего) не установлена;
- умерший являлся одиноким, не имевшим родных и близких;
- при отсутствии лица, готового взять на себя обязанность осуществить погребение;
- при отказе такого лица от обязанности по осуществлению погребения.

Услуги, оказываемые специализированной службой по вопросам похоронного дела при погребении невостребованных тел умерших и неопознанных трупов, включают:

- оформление документов, необходимых для погребения;
- облачение тела;
- предоставление гроба;

перевозку умершего на кладбище (в крематорий);

погребение.

Захоронение осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела в течение 3 суток с момента установления причины смерти.

Погребение умерших, личность которых не установлена органами внутренних дел в определенные законодательством РФ сроки, осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела с согласия указанных органов путем предания земле на определенных для таких случаев участках общественных кладбищ.

С целью защиты волеизъявления граждан на достойное отношение к его телу после смерти государство в соответствии с [п. 2 ст. 8](#) Федерального закона от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле" гарантирует предоставление возможности бесплатного нахождения тела умершего в морге до 14 дней для поиска родственников либо законного представителя.

При этом федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления, а также иные юридические лица обязаны оказывать содействие в поиске родственников либо законного представителя, в исполнении волеизъявления граждан, а также иные необходимые для таких случаев услуги.

Оплата расходов по транспортировке граждан, умерших во время проезда или пребывания в санаторно-курортных учреждениях, а также предоставление ритуальных услуг по погребению в части оплаты стоимости гроба и других предметов, необходимых при перевозке умершего в случае отсутствия родственников или лиц, взявших на себя организацию похорон за счет средств, направляемых Фонду социального страхования РФ по виду расходов 761 "Реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по санаторно-курортному лечению, включая проезд к месту лечения и обратно", вступает в противоречие с нормами [Закона](#) о погребении, устанавливающими единый порядок погребения умерших на территории РФ, и будет рассматриваться как нецелевое расходование средств бюджета Фонда социального страхования РФ <1>.

<1> [Письмо](#) Минздравсоцразвития России от 22.06.2005 N 244-МЗ "О предоставлении ритуальных услуг по погребению в случае отсутствия родственников или лиц, взявших на себя организацию похорон". Официально не опубликовано.

Невостребованные родственниками или иными лицами, которые бы желали произвести захоронение тела умерших граждан независимо от места их постоянного жительства, подлежат захоронению по месту их смерти <1>. Данное положение вещей ограничивает право граждан на достойные похороны и на волеизъявление о месте погребения.

<1> Козлов С.С. [Комментарий](#) к Федеральному закону от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле" (постатейный) // СПС.

Глава 9. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ РАБОТНИКИ, МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Статья 69. Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

Комментарий к [статье 69](#)

В Российской Федерации принят ряд нормативных правовых актов, регулирующих порядок получения начального, среднего, высшего профессионального образования, дающего право на осуществление медицинской деятельности. Например:

Приказы Минобрнауки России:

от 09.11.2009 [N 570](#) "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального профессионального образования по профессии 060501.01 Младшая медицинская сестра по уходу за больными" <1>;

<1> БНА ФОИВ. 2010. N 9.

от 02.03.2011 [N 1332](#) "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060502 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)" <1>;

<1> БНА ФОИВ. 2011. N 29.

от 10.11.2009 [N 573](#) "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060606 Медицинская оптика" <1>;

<1> БНА ФОИВ. 2010. N 5.

от 08.11.2010 [N 1120](#) "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060601 Медицинская биохимия (квалификация (степень) "специалист")" (ред. от 31.05.2011) <1>;

<1> БНА ФОИВ. 2011. N 7.

от 08.11.2010 [N 1121](#) "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060602 Медицинская биофизика (квалификация (степень) "специалист")" (ред. от 31.05.2011) <1>;

<1> Там же.

[Приказ](#) Минздрава России от 17.02.1993 N 23 "Об утверждении Положения о клинической ординатуре" <1>;

<1> Российские вести. 1993. N 62.

Приказы Минздравсоцразвития России:

от 23.04.2009 [N 210н](#) "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации" (ред. от 09.02.2011) <1>;

<1> Российская газета. 2009. N 104.

от 16.04.2008 [N 176н](#) "О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации" (ред. от 30.03.2010)
<1> и др.

<1> Российская газета. 2008. N 101.

Также в Российской Федерации на законодательном уровне закреплены требования, которые предъявляются к медицинским и фармацевтическим работникам. Так, Приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 N 415н утверждены Квалификационные [требования](#) к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения <1>.

<1> Российская газета. 2009. N 158.

Лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, допускаются к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности после установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании в порядке, установленном законодательством РФ об образовании, сдачи экзамена по специальности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и прохождения аккредитации, если иное не предусмотрено международными договорами РФ. Так, Приказом Минобрнауки России от 14.04.2009 N 128 (ред. от 08.11.2010) утвержден [Порядок](#) признания и установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании <1>.

<1> Российская газета. 2009. N 108.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность согласно [ст. 235](#) УК РФ. Так, занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается принудительными работами на срок до пяти лет либо лишением свободы на тот же срок.

Статья 70. Лечащий врач

Комментарий к [статье 70](#)

Комментируемая [статья](#) посвящена некоторым аспектам правового статуса лечащего врача. Отметим, что нормы аналогичного содержания предусматривались в [ст. 58](#) Основ законодательства 1993 г. Однако в [Законе](#) об охране здоровья они в большей степени обновлены с учетом их адаптации к современным требованиям медицинской практики.

Лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. При этом в случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача.

Данные нормы в известной степени корреспондируют со [ст. 21](#) комментируемого Закона,

закрепляющей право гражданина на выбор врача и медицинской организации. В указанной статье этот выбор также осуществляется с учетом согласия врача. Как уже было сказано, само согласие врача на лечение конкретного пациента можно рассматривать как известное отступление от административно-правовых начал оказания медицинской помощи. Кроме того, закрепление реализации врачом такого права на практике может выражаться известным субъективизмом, поскольку дает основания для широкого усмотрения оценки конкретной ситуации при решении вопроса о возможности оказания медицинской помощи или об отсутствии такой возможности.

Необходимо отметить, что принцип выбора лечащего врача предусмотрен также нормами международного права. Как следует из содержания [Рекомендации](#) МОТ N 69 (принята 20.04.1944 на 26-й сессии заседания Генеральной конференции МОТ) <1>, лицо должно иметь право выбирать среди врачей по общим болезням домашнего врача, домашнего зубного врача, врача для своих детей, а также выбирать центр, где оно будет проходить медицинское обслуживание. Замена врача может осуществляться в том числе по причинам отсутствия доверия или отсутствия личного контакта в случае предварительного предупреждения в установленный срок.

<1> Лечащий врач 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 (подразделения медицинской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Однако [Рекомендации](#) иначе воспринимают условия назначения врача, оставляя собственно получение согласия врача на свое назначение за рамками данной процедуры. Как следует из Рекомендаций, врач не может отказываться от пациентов, направляемых к нему компетентными органами и специалистами.

И, надо сказать, в этой части [Основы законодательства](#) в большей степени соответствовали актам международных организаций.

Лечащий врач - врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации, а также врач, занимающийся частной практикой <1>.

<1> <http://ru.wikipedia.org/wiki>

Лечащий врач:

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 для целей решения вопроса об изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора.

Новацией законодательства можно считать [ч. 4 комментируемой статьи](#), касающуюся выполнения лечащим врачом обязанностей при рекомендации пациенту лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания или заменителя грудного молока. В обозначенной ситуации лечащий врач 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.

Своевременной и необходимой новеллой законодательства следует считать появление норм, закрепляющих за лечащим врачом обязанности установления диагноза пациента. Диагноз устанавливается лечащим врачом на основе всестороннего обследования пациента и составления с использованием медицинских терминов медицинского заключения о заболевании (состоянии) пациента, в

том числе явившемся причиной смерти пациента. Содержание описания диагноза должно включать сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием.

Руководитель медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи вправе отдельные функции лечащего врача возложить на фельдшера, акушерку.

Фельдшер:

специалист со средним медицинским образованием, который имеет право проводить диагностику (устанавливать диагноз), проводить самостоятельное лечение или направлять пациента к врачу-специалисту. По должностным обязанностям и стандартам работы в местах, отдаленных от врачебной помощи, фельдшер принципиально не отличается от участкового терапевта и врача скорой помощи;

помощник врача, работает под его руководством и по его указаниям в городских и сельских медицинских организациях.

Акушерка - средний медицинский работник, специализирующийся на оказании помощи беременным и роженицам во время родов. В России для работы акушеркой необходимо получить образование по специальности "Медико-акушерское дело" в медицинском колледже.

Кроме того, к функциям указанных работников могут быть отнесены в том числе назначение и применение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты.

Конкретные функции и порядок их возложения должны быть установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Следует учесть, что типовые обязанности врача на практике могут быть значительно шире и определяться должностной инструкцией. Можно выделить типовые должностные обязанности лечащего врача отделения, согласно которым, в частности, лечащий врач:

1) обеспечивает надлежащий уровень обследования и лечения больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники. В случае необходимости организует консилиум врачей-специалистов по согласованию с заведующим отделением и реализует рекомендации консультантов;

2) обеспечивает необходимый уход за больными на основе принципов лечебно-охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии, а также выполнения больными установленного больничного режима;

3) ежедневно совместно с заведующим отделением и старшей медицинской сестрой проводит обход больных, отмечает основные изменения в их состоянии, происшедшие за сутки, и в зависимости от этого определяет необходимые мероприятия по лечению и уходу за больными;

4) в отделениях хирургического профиля представляет заведующему отделением больных для планового оперативного вмешательства, составляет предоперационный эпикриз, участвует в проведении оперативных вмешательств, перевязок и т.д. в пределах своей компетенции;

5) в отделениях хирургического профиля в течение рабочего дня обеспечивает оказание экстренной хирургической помощи больным под наблюдением и по согласованию с заведующим отделением;

6) назначает диетическое питание;

7) ведет карту стационарного больного, внося в нее полагающиеся данные, датируя все полученные сведения от больного или родственников, направление разных запросов, ответы на них и прочую документацию;

- 8) докладывает заведующему отделением и клинико-экспертной комиссии (КЭК) о больных, подлежащих выписке или переводу в другие отделения;
- 9) проверяет правильность и своевременность выполнения средним и младшим медицинским персоналом назначений и указаний по лечению и уходу за больным;
- 10) присутствует при вскрытии умерших больных;
- 11) перед уходом из отделения сообщает в письменном виде дежурному врачу о тяжелобольных, требующих особого врачебного наблюдения;
- 12) в определенные часы принимает посетителей, сообщает им о состоянии больных и получает от них необходимые сведения;
- 13) определяет временную нетрудоспособность больного и оформляет листки нетрудоспособности для больных в порядке, предусмотренном действующей инструкцией;
- 14) следит за сроками перевода на инвалидность, своевременно оформляет необходимые для этого документы и посылный лист на МСЭК, согласовав все вопросы с заведующим отделением;
- 15) в отсутствие заведующего отделением принимает участие в приеме смены дежурным медицинским персоналом, сообщает заступающей на дежурство смене о состоянии вновь поступивших больных, о проводимой им терапии;
- 16) участвует в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего персонала;
- 17) дежурит по больнице и в приемном отделении в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни согласно графику;
- 18) систематически повышает свою квалификацию путем активного участия в общепольничных конференциях, больничных советах, клинических разборах больных, семинарах и т.д.;
- 19) соблюдает правила внутреннего трудового распорядка;
- 20) соблюдает правила и принципы врачебной этики и медицинской деонтологии.

Статья 71. Клятва врача

Комментарий к [статье 71](#)

Закрепление клятвы врача, которую дают лица, окончившие высшие учебные заведения по медицинским специальностям, в [Законе](#) не является новым правовым явлением для законодательства о здравоохранении, поскольку соответствующие нормы содержала [ст. 60](#) Основ законодательства 1993 г.

Несложно проследить эволюцию данных положений. Изначально [ст. 60](#) Основ законодательства 1993 г. содержала лишь ссылку на определение содержания клятвы в подзаконном порядке, а сам ее текст появился в законодательстве о здравоохранении благодаря изменениям, внесенным в Основы в 1999 г.

Нормативно-правовым обоснованием потребности таких изменений может служить нормотворческая практика постепенного формального отражения моральных правил в законодательстве. Речь, естественно, идет о нормах в сфере профессиональной морали.

В связи с этим, как указывается в литературе, клятва Гиппократов, произносимая будущим врачом, содержала лишь моральные обязательства, долг врача перед пациентами, что свидетельствует не только о важности этических моментов врачебной деятельности, но и о необходимости подкрепления действия моральных норм в сфере профессиональной этики силой государственного принуждения <1>.

<1> Теория государства и права: [Учебник](#) для юридических вузов / А.И. Абрамова, С.А. Боголюбов, А.В. Мицкевич и др.; под ред. А.С. Пиголкина. М.: Городец, 2003.

Собственно, сам текст клятвы врача в [Законе](#) об охране здоровья воспроизведен практически дословно. Тем не менее некоторые текстуальные изменения соответствующих положений восприняты Законом.

Во-первых, более точно определены квалификационные требования к лицам, обязанным давать соответствующую клятву при получении диплома о профессиональном образовании, в большей степени отвечающие требованиям действующего законодательства.

Как следует из текста комментируемой [статьи](#), это лица, не просто окончившие медицинские вузы, а завершившие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования. Основные образовательные программы высшего профессионального образования реализуются по уровням. Согласно [ст. 6](#) Федерального закона от 22.08.1996 N 125-ФЗ "О высшем и послевузовском профессиональном образовании" <1> в Российской Федерации устанавливаются следующие уровни высшего профессионального образования:

<1> СЗ РФ. 1996. N 35. Ст. 4135.

высшее профессиональное образование, подтверждаемое присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую аттестацию, квалификации (степени) "бакалавр" - бакалавриат;

высшее профессиональное образование, подтверждаемое присвоением лицу, успешно прошедшему итоговую аттестацию, квалификации (степени) "специалист" или квалификации (степени) "магистр" - подготовка специалиста или магистратура.

Нормативные сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования по очной форме обучения составляют:

для получения квалификации (степени) "бакалавр" - 4 года;

для получения квалификации (степени) "специалист" - не менее 5 лет;

для получения квалификации (степени) "магистр" - 2 года.

Правительством РФ устанавливается перечень направлений подготовки (специальностей), по которым могут быть установлены иные нормативные сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования (программ бакалавриата, программ подготовки специалиста или программ магистратуры).

Что касается сферы здравоохранения, то такой [Перечень](#) существует в отношении образовательных программ высшего профессионального образования и закреплён в Постановлении Правительства РФ от 30.12.2009 N 1136 <1>.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 30.12.2009 N 1136 "Об утверждении перечня направлений подготовки (специальностей) высшего профессионального образования, по которым установлены иные нормативные сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования (программ бакалавриата, программ подготовки)" (ред. от 29.06.2011).

Завершение основной образовательной программы высшего медицинского образования подтверждается присвоением лицу квалификации "специалист" в рамках укрупненных групп специальностей в сфере здравоохранения: Лечебное дело (060101); Педиатрия (060103); Медико-профилактическое дело (060105); Стоматология (060201); Фармация (060301); Медицинская биохимия (060601); Медицинская биофизика (060602); Медицинская кибернетика (060609).

Во-вторых, в предложенной законодателем формулировке комментируемой **статьи** исключены положения, касающиеся подтверждения факта дачи клятвы врачом удостоверением личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты. Кроме того, не вошли в текст нормы о несении врачом ответственности за нарушение данной им клятвы, предусмотренной законодательством РФ. Надо сказать, что с определенной точки зрения данное решение законодателя можно назвать вполне оправданным, учитывая в большей степени декларативный характер соответствующих положений, а также встречающихся в литературе замечаний на сей счет. Однако данный аспект не нашел однозначного толкования среди специалистов.

В литературе отчасти признается за профессионально-этическими нормами критерий для оценки качества оказываемых профессиональным врачом платных медицинских услуг, в том числе и выполнения врачом всех профессиональных обязанностей во время оказания медицинской помощи <1>.

<1> Андреев Ю.Н. **Возмездное оказание медицинских услуг** // Цивилист. 2006. N 2.

При этом некоторые специалисты удостоверение клятвы врача личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты вполне логично определяли как письменную фиксацию принятых обязательств в рамках медицинской специальности и распространение с этого момента соблюдения всех налагаемых на медицинского работника обязанностей и ограничений <1>. Этим, в частности, обосновываются обязанность врача по сохранению врачебной тайны и ряд других обязанностей, которых должен придерживаться врач.

<1> Губенко М.И. **Правовые основы профессиональной этики** медицинских работников // Медицинское право. 2008. N 4.

Тем не менее клятва в большей степени носит декларативный характер и не может являться мерилом медицинской деятельности врача <1>. Не случайно в связи с этим специалисты отмечали отсутствие какого-либо обязывающего характера клятвы врача - прежде всего необеспеченность ее силой государственного принуждения. Как справедливо указывали Т.Г. Жданович, Е.А. Михеева, "...клятва является взятием на себя не юридических, а моральных обязательств, вследствие чего она порождает не юридические, а моральные обязательства, и, соответственно, ответственность за несоблюдение клятвы может быть только моральной, а не юридической".

<1> Риффель А.В. **Правовые аспекты клятвы Гиппократ** // Известия высших учебных заведений. Правоведение. 2006. N 5 (268). С. 204.

В этой связи следует также признать верными замечания, сделанные относительно и юридической природы последствий несоблюдения клятвы врача. Как считали специалисты, юридическая ответственность может быть законодательно установлена только за нарушение юридических норм, т.е. обязанностей, которые вменены тому или иному субъекту на основе закона или договора, но не на основании его односторонних обещаний <1>.

<1> Жданович Т.Г., Михеева Е.А. **Комментарий** к Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (постатейный) // СПС.

Таким образом, учитывая требования формальной логики, проведенная в этой части нормативная модернизация ни в коей мере не является фактом, стимулирующим нивелирование ответственности врача и следования им морально-этическим принципам, а продиктована объективной обстановкой современной правовой действительности и практикой правоприменения.

Статья 72. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их

стимулирования

Комментарий к [статье 72](#)

Права и обязанности медицинского работника впервые нашли достаточно конкретное содержание на законодательном уровне. В литературе вполне справедливо констатируют, что "...права пациентов реализуются не только надлежащим исполнением своих обязанностей всем персоналом медицинских учреждений, но и государственным обеспечением прав и свобод человека и гражданина, в том числе и медицинских работников" <1>.

<1> Риффель А.В. Юридические аспекты реализации прав врача // Закон и право. 2006. N 12 (40). С. 15 - 17.

Не случайно отсутствие надлежащего регулирования статуса врача и возведения его на более высокий уровень считают в качестве одной из основных причин снижения престижности этой профессии <1>. Правда, надо также заметить, что к этому добавляется и низкое качество медицинской помощи, которое вытекает из слабой материальной заинтересованности медицинского персонала. Вторая проблема, представляется, имеет не только экономический, но и этический характер.

<1> Риффель А.В. [Административно-правовой статус врача в РФ](#) // Административное и муниципальное право. 2008. N 8.

Следует отметить, что история развития правового института статуса врача проходила весьма неоднозначно, а порой противоречиво. Тем не менее, если провести исторический экскурс, можно сказать, что наиболее полно впервые права и обязанности врачей были определены в [Декрете](#) ВЦИК и СНК РСФСР от 01.12.1924 "О профессиональной работе и правах медицинских работников" <1>.

<1> СУ РСФСР. 1924. N 88. Ст. 892.

Последующие нормативные акты, принятые в рамках СССР, а также союзных республик, не только не отличались особым регулированием собственно правового положения работников медицины, но и в некоторых случаях усложняли его действительное определение. Следует сказать, законы же о здравоохранении союзных республик нередко дословно воспроизводили текст союзного закона, а к 1988 г. действовало около 5000 ведомственных нормативных актов, утвержденных Министерством здравоохранения СССР <1>, так или иначе касавшихся медицинской деятельности. Современные нормативные документы, в частности [Основы законодательства](#) 1993 г., также регулируют статус врача весьма поверхностно.

<1> Гладун З.С. Правовое положение советского врача // Правоведение. 1991. N 5. С. 83.

Закон об охране здоровья содержит основополагающий перечень прав ([ст. 72](#)) и обязанностей ([ст. 73](#)) медицинских работников, требуемый для надлежащего выполнения возложенных на них должностных обязанностей. Согласно ст. 72 медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством.

Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени - не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством РФ. Медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, продолжительность работы по совместительству может увеличиваться по решению Правительства РФ, принятому с учетом мнения соответствующего общероссийского профессионального

союза и общероссийского объединения работодателей.

Гарантии - средства, способы и условия, с помощью которых обеспечивается осуществление предоставленных работникам прав в области социально-трудовых отношений (ст. 164 ТК РФ). Медицинские и фармацевтические работники обладают общим для работников правовым статусом. Помимо общих гарантий и компенсаций, предусмотренных ТК РФ (гарантии при приеме на работу, переводе на другую работу, по оплате труда и другие), работникам предоставляются гарантии и компенсации в следующих случаях:

- при направлении в служебные командировки; при переезде на работу в другую местность;
- при исполнении государственных или общественных обязанностей;
- при совмещении работы с обучением;
- при вынужденном прекращении работы не по вине работника;
- при предоставлении ежегодного оплачиваемого отпуска;
- в некоторых случаях прекращения трудового договора;
- в связи с задержкой по вине работодателя выдачи трудовой книжки при увольнении работника;
- в других случаях, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами (ст. 165 ТК РФ).

Помимо установленных трудовым законодательством гарантий в Законе закреплены основные, наиболее принципиальные для медицинских работников, гарантии, которые характеризуют специальный правовой статус в сфере профессиональной деятельности:

1. Медицинские работники имеют право на создание со стороны руководства медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей. При этом законодатель имеет в виду в том числе предоставление необходимого оборудования, которое должно предоставляться на условиях, определяемых законодательством. Это одна из принципиальных гарантий для обеспечения деятельности работника.

2. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя, которая должна осуществляться в соответствии с трудовым законодательством РФ. Общие условия правового регулирования проведения указанных мероприятий закреплены в разд. IX ТК РФ (ст. ст. 196, 197).

Профессиональная подготовка - это ускоренное приобретение обучающимся навыков, необходимых для выполнения определенной работы, группы работ. Данная подготовка не сопровождается повышением образовательного уровня обучающегося (ст. 21 Закона РФ от 10.07.1992 N 3266-1 "Об образовании" <1>). Она может осуществляться в образовательных учреждениях, в образовательных подразделениях организаций при наличии лицензии на данный вид образовательной деятельности и в порядке индивидуальной подготовки специалистами, обладающими соответствующей квалификацией.

<1> Ведомости СНД и РФ. 1992. N 30. Ст. 1797.

Следует отметить, что в соответствии с п. 4 Положения о лицензировании образовательной деятельности (утв. Постановлением Правительства РФ от 16.03.2011 N 174 <1>) лицензированию не подлежат:

<1> СЗ РФ. 2011. N 12. Ст. 1651.

образовательная деятельность в форме разовых занятий различных видов, в том числе лекций,

стажировок, семинаров, не сопровождающаяся итоговой аттестацией и выдачей документов об образовании;

деятельность по содержанию и воспитанию обучающихся и воспитанников, осуществляемая без реализации образовательных программ;

индивидуальная трудовая педагогическая деятельность.

Необходимость профессиональной подготовки и переподготовки кадров для собственных нужд определяет работодатель. Он проводит профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации работников, обучение их вторым профессиям в организации, а при необходимости - в образовательных учреждениях начального, среднего, высшего профессионального и дополнительного образования на условиях и в порядке, которые определяются коллективным договором, соглашениями, трудовым договором.

Формы профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников, перечень необходимых профессий и специальностей определяются работодателем с учетом мнения представительного органа работников.

Профессиональная переподготовка - это получение специалистами дополнительных знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности. После ее прохождения выдается диплом государственного образца. Профессиональная переподготовка также может быть направлена на расширение квалификации специалистов в целях их адаптации к новым экономическим и социальным условиям и ведения новой профессиональной деятельности (п. 7 Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 26.06.1995 N 610 <1>).

<1> СЗ РФ. 1995. N 27. Ст. 2580.

В соответствии с п. 8 Положения о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов (утв. Приказом Минобразования России от 06.09.2000 N 2571 <1>) установлены следующие нормативные сроки профессиональной переподготовки:

<1> БНА ФОИВ. 2000. N 44.

для выполнения нового вида профессиональной деятельности - свыше 500 часов аудиторных занятий;

для получения дополнительной квалификации - 1000 часов трудоемкости.

Главное отличие указанных видов ученичества состоит в том, что при подготовке проводится обучение лица, не имеющего специальности, профессии, а переподготовка направлена на получение дополнительных знаний, в том числе и второй профессии.

Повышение квалификации - это обучение специалистов, которое проводится не реже чем один раз в пять лет и направлено на обновление теоретических и практических знаний в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения современных методов решения профессиональных задач (п. 7 Типового положения об образовательном учреждении). Конкретные сроки проведения повышения квалификации работодатель может устанавливать самостоятельно. Повышение квалификации включает следующие виды обучения:

краткосрочное (не менее 72 часов) тематическое обучение по вопросам конкретного производства, которое проводится по месту основной работы специалистов и заканчивается сдачей соответствующего экзамена, зачета или защитой реферата;

тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 часов) по научно-техническим, технологическим, социально-экономическим и другим проблемам, возникающим на уровне отрасли, региона, предприятия (объединения), организации или учреждения;

длительное (свыше 100 часов) обучение специалистов в образовательном учреждении повышения квалификации для углубленного изучения актуальных проблем науки, техники, технологии, социально-экономических и других проблем по профилю профессиональной деятельности.

Повышение квалификации проводится в образовательных учреждениях, с которыми организация может заключить договор на предоставление такого вида услуг. В соответствии с [п. 8](#) Типового положения об образовательном учреждении к образовательным учреждениям повышения квалификации относятся:

академии (за исключением академий, являющихся образовательными учреждениями высшего профессионального образования);

институты повышения квалификации (усовершенствования) - отраслевые, межотраслевые, региональные;

курсы (школы, центры) повышения квалификации, учебные центры службы занятости.

Работникам, проходящим профессиональную подготовку, работодатель должен создавать необходимые условия для совмещения работы с обучением, предоставлять гарантии, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором.

Гарантии и компенсации работникам, совмещающим работу с обучением, установлены в [ст. 173](#) ТК РФ. Работникам, направленным на обучение работодателем или поступившим самостоятельно в имеющие государственную аккредитацию образовательные учреждения высшего профессионального образования независимо от их организационно-правовых форм по заочной и очно-заочной (вечерней) формам обучения, успешно обучающимся в этих учреждениях, работодатель предоставляет дополнительные отпуска с сохранением среднего заработка:

для прохождения промежуточной аттестации на первом и втором курсах соответственно - по 40 календарных дней, на каждом из последующих курсов соответственно - по 50 календарных дней (при освоении основных образовательных программ высшего профессионального образования в сокращенные сроки на втором курсе - 50 календарных дней);

для подготовки и защиты выпускной квалификационной работы и сдачи итоговых государственных экзаменов - 4 месяца;

для сдачи итоговых государственных экзаменов - 1 месяц.

Работодатель обязан предоставить отпуск без сохранения заработной платы:

работникам, допущенным к вступительным испытаниям в образовательные учреждения высшего профессионального образования, - 15 календарных дней;

работникам - слушателям подготовительных отделений образовательных учреждений высшего профессионального образования для сдачи выпускных экзаменов - 15 календарных дней;

работникам, обучающимся в имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждениях высшего профессионального образования по очной форме обучения, совмещающим учебу с работой, для прохождения промежуточной аттестации - 15 календарных дней в учебном году, для подготовки и защиты выпускной квалификационной работы и сдачи итоговых государственных экзаменов - 4 месяца, для сдачи итоговых государственных экзаменов - 1 месяц.

Работникам, успешно обучающимся по заочной форме обучения в имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждениях высшего профессионального образования, один раз в учебном году работодатель оплачивает проезд к месту нахождения соответствующего учебного

заведения и обратно.

Работникам, обучающимся по заочной и очно-заочной (вечерней) формам обучения в имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждениях высшего профессионального образования, на период 10 учебных месяцев перед началом выполнения дипломного проекта (работы) или сдачи государственных экзаменов устанавливается по их желанию рабочая неделя, сокращенная на 7 часов. За время освобождения от работы указанным работникам выплачивается 50% среднего заработка по основному месту работы, но не ниже минимального размера оплаты труда (МРОТ).

По соглашению сторон трудового договора сокращение рабочего времени производится путем предоставления работнику одного свободного от работы дня в неделю либо сокращения продолжительности рабочего дня в течение недели.

Гарантии и компенсации работникам, совмещающим работу с обучением в образовательных учреждениях высшего профессионального образования, не имеющих государственной аккредитации, устанавливаются коллективным договором или трудовым договором.

В [статье 187](#) ТК РФ установлены гарантии и компенсации работникам, направляемым работодателем для повышения квалификации. При направлении работодателем работника для повышения квалификации с отрывом от работы за ним сохраняются место работы (должность) и средняя заработная плата по основному месту работы.

Для всех случаев определения размера средней заработной платы (среднего заработка) устанавливается единый порядок ее исчисления. Для расчета средней заработной платы учитываются все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат, применяемые у соответствующего работодателя независимо от источников этих выплат.

При любом режиме работы расчет средней заработной платы работника производится исходя из фактически начисленной ему заработной платы и фактически отработанного им времени за 12 календарных месяцев, предшествующих периоду, в течение которого за работником сохраняется средняя заработная плата. При этом календарным месяцем считается период с 1-го по 30-е (31-е) число соответствующего месяца включительно (в феврале - по 28-е (29-е) число включительно).

Средний дневной заработок для оплаты отпусков и выплаты компенсации за неиспользованные отпуска исчисляется за последние 12 календарных месяцев путем деления суммы начисленной заработной платы на 12 и на 29,4 (среднемесячное число календарных дней).

Средний дневной заработок для оплаты отпусков, предоставляемых в рабочих днях, в случаях, предусмотренных [ТК РФ](#), а также для выплаты компенсации за неиспользованные отпуска определяется путем деления суммы начисленной заработной платы на количество рабочих дней по календарю шестидневной рабочей недели. В коллективном договоре, локальном нормативном акте могут быть предусмотрены и иные периоды для расчета средней заработной платы, если это не ухудшает положение работников ([ст. 139](#) ТК РФ).

Кроме того, работникам, направляемым для повышения квалификации с отрывом от работы в другую местность, производится оплата командировочных расходов в порядке и размерах, которые предусмотрены для лиц, направляемых в служебные командировки. Размеры расходов, связанных со служебными командировками для работников организаций, финансируемых из федерального бюджета, утверждены [Постановлением](#) Правительства РФ от 02.10.2002 N 729 <1>.

<1> СЗ РФ. 2002. N 40. Ст. 3939.

В соответствии с указанным [Постановлением](#) возмещение расходов, связанных со служебными командировками на территории РФ, работникам организаций, финансируемых за счет средств федерального бюджета (далее - организации), осуществляется в следующих размерах:

а) расходов по найму жилого помещения (кроме случая, когда направленному в служебную командировку работнику предоставляется бесплатное помещение) - в размере фактических расходов,

подтвержденных соответствующими документами, но не более 550 рублей в сутки. При отсутствии документов, подтверждающих эти расходы, - 12 рублей в сутки;

б) расходов на выплату суточных - в размере 100 рублей за каждый день нахождения в служебной командировке;

в) расходов по проезду к месту служебной командировки и обратно к месту постоянной работы (включая страховой взнос на обязательное личное страхование пассажиров на транспорте, оплату услуг по оформлению проездных документов, расходы за пользование в поездах постельными принадлежностями) - в размере фактических расходов, подтвержденных проездными документами, но не выше стоимости проезда:

железнодорожным транспортом - в купейном вагоне скорого фирменного поезда;

водным транспортом - в каюте V группы морского судна регулярных транспортных линий и линий с комплексным обслуживанием пассажиров, в каюте II категории речного судна всех линий сообщения, в каюте I категории судна паромной переправы;

воздушным транспортом - в салоне экономического класса;

автомобильным транспортом - в автотранспортном средстве общего пользования (кроме такси);

при отсутствии проездных документов, подтверждающих произведенные расходы, - в размере минимальной стоимости проезда:

железнодорожным транспортом - в плацкартном вагоне пассажирского поезда;

водным транспортом - в каюте X группы морского судна регулярных транспортных линий и линий с комплексным обслуживанием пассажиров, в каюте III категории речного судна всех линий сообщения;

автомобильным транспортом - в автобусе общего типа.

Расходы, превышающие указанные выше размеры, а также иные связанные со служебными командировками расходы (при условии что они произведены работником с разрешения или ведома работодателя) возмещаются организациями за счет экономии средств, выделенных из федерального бюджета на их содержание, а также за счет средств, полученных организациями от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности.

3. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на 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. Данная гарантия является очень важной, поскольку направлена на решение вопросов занятости медицинских работников, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Обязанность по профессиональной переподготовке осуществляется работодателем за счет его средств. Основанием для проведения такой переподготовки являются состояние здоровья и увольнение работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации.

Одним из оснований расторжения трудового договора по инициативе работодателя является сокращение численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя ([п. 2 ч. 1 ст. 81 ТК РФ](#)). Для того чтобы увольнение по данному основанию было правомерным, работодатель должен доказать следующее:

а) фактическое сокращение численности или штата работников организации. В противном случае работник, уволенный по [п. 2 ч. 1 ст. 81 ТК РФ](#) без достаточных на то оснований, подлежит восстановлению на работе;

б) соблюдение преимущественного права на оставление на работе ([ст. 179 ТК РФ](#)) в первую очередь работников, имеющих более высокую квалификацию, и тех, кого запрещено увольнять (например,

беременных). Если же уровень квалификации или деловых качеств одинаков, предпочтение отдается лицам, указанным в [ч. 2 ст. 179](#) ТК РФ;

в) исполнение обязанности по предложению работнику с учетом его состояния здоровья другой имеющейся работы (вакантной должности или работы, соответствующей квалификации, либо нижеоплачиваемой работы). Работнику предлагаются все отвечающие указанным требованиям вакансии, имеющиеся у работодателя в данной местности, а также вакансии в других местностях, если это предусмотрено коллективным или трудовым договором, соглашением. Неисполнение работодателем данной обязанности влечет восстановление работника на работе;

г) письменное предупреждение работника об увольнении не позднее чем за два месяца. Доказательством этого является собственноручная подпись работника в уведомлении о расторжении трудового договора.

С письменного согласия работника работодатель вправе уволить его до истечения срока предупреждения с выплатой компенсации в размере, исчисленном пропорционально оставшемуся времени ([ч. 3 ст. 180](#) ТК РФ). Если работник не дает на это письменного согласия, увольнение до окончания срока предупреждения будет незаконным;

д) предварительный запрос мнения выборного профсоюзного органа о намечаемом увольнении работника - члена профсоюза ([ст. 373](#) ТК РФ).

Согласно [ч. 3 ст. 81](#) ТК РФ при увольнении работника в связи с сокращением штата работодатель обязан предложить работнику перевод на другую имеющуюся у него работу. Она должна соответствовать квалификации работника и не быть противопоказанной ему по состоянию здоровья.

Следует разграничивать понятия "сокращение численности" и "сокращение штата". Численность работников - это списочный состав работников. Соответственно, сокращение численности есть уменьшение количественного состава работающих в одной должности (например, сокращение двух инженеров из восьми).

Штат работников - это совокупность руководящих, административных и иных должностей. Как правило, штат определяется в соответствии с принятым в организации штатным расписанием. Сокращение штата - это исключение из штатного расписания отдельных подразделений или одинаковых штатных единиц. Например, сокращение штатной единицы подразумевает не сокращение части работников, работающих в определенной должности, а именно всех работников, выполняющих трудовые функции по такой должности.

Основанием для расторжения трудовых договоров в соответствии с [п. 1 ст. 81](#) ТК РФ может служить решение:

самых участников о ликвидации юридического лица, т.е. решение о прекращении его деятельности без перехода прав и обязанностей в порядке правопреемства к другим лицам, принятое в установленном законом порядке ([ст. 61](#) ГК РФ);

суда о ликвидации организации ([ст. 65](#) ГК РФ), включая случаи, когда признание юридического лица банкротом влечет его ликвидацию.

После принятия участниками общества решения о ликвидации организация должна уведомить об этом орган, осуществляющий госрегистрацию (ФНС России), в трехдневный срок ([ч. 1 ст. 62](#) ГК РФ и [ст. 20](#) Федерального закона от 08.08.2001 N 129-ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей").

О предстоящем увольнении работников в связи с ликвидацией организации необходимо уведомить профсоюзный орган не менее чем за три месяца до увольнения и провести с ним переговоры о соблюдении прав и интересов членов профсоюза ([п. 2 ст. 12](#) Федерального закона от 12.01.1996 N 10-ФЗ "О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности" <1>).

<1> СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 148.

Об увольнении в связи с ликвидацией организации работники должны быть предупреждены персонально и под роспись не менее чем за два месяца до прекращения трудового договора (ч. 2 ст. 180 ТК РФ). Это означает, что каждому работнику необходимо выдать персональное (индивидуальное) уведомление. Факт надлежащего предупреждения работника о предстоящем увольнении подтверждается его подписью на уведомлении. Поскольку законом не предусмотрено составление уведомления в двух экземплярах, работодатель решает вопрос о выдаче такого документа работнику самостоятельно: либо передает ему второй экземпляр уведомления, либо делает по его просьбе копию.

4. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на 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. Кроме того, закреплено их право на стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности.

Аттестация - определение, установление соответствия уровня знаний, квалификации работника занимаемой им должности, месту, на которое он претендует; установление категории оплаты работника в соответствии с его квалификацией; заключение, отзыв о деловых качествах и знаниях работников <1>.

<1> Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. М.: ИНФРА-М, 2006.

Порядок проведения аттестации устанавливается трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, локальными нормативными актами, принимаемыми с учетом мнения представительного органа работников.

Уравнительная система оплаты труда, где товаром является время, а не оказанная медицинская услуга, усугубляет негативные процессы в здравоохранении. Принятые законы дифференцируют заработную плату работников здравоохранения в муниципальных образованиях и субъектах РФ. Оклад без надбавок финансируется федеральным бюджетом, а расходы на выплаты надбавок за особые условия труда, стаж работы, ученые степени возложены на бюджеты субъектов РФ. Дифференциация оплаты труда позволяет дополнить существующую систему оплаты материальным стимулированием с учетом объема работы и качества оказанной медицинской помощи <1>.

<1> Обеспечение лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения медицинскими кадрами. Методические [рекомендации](#) (утв. Минздравсоцразвития России 26.05.2006 N 2813-ВС). Официально не опубликованы.

Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут быть использованы для дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Внедрение новых подходов к дифференцированной оплате труда медицинских работников требует организации проведения мониторинга численности медицинских кадров по отдельным специальностям, углубленного учета их качественных признаков, формирования и ведения регистров медицинских работников <1>.

<1> Распоряжение правительства Кировской области от 06.07.2010 N 216 "Об утверждении Концепции модернизации здравоохранения Кировской области" // Вести. Киров. 2010. N 85 (1541).

Труд медицинских и фармацевтических работников стимулируется посредством создания конкурентоспособных условий их профессиональной деятельности, обеспечения социальных гарантий, включая достойную заработную плату. Причем критериями для обеспечения стимулов к надлежащему обеспечению возложенных на работников обязанностей являются уровень квалификации, специфика и

сложность работы, объем и качество труда. Кроме того, определяющим фактором становятся конкретные результаты деятельности, отражающие соответствующий уровень профессионализма конкретного специалиста.

Должностные оклады руководителей учреждений здравоохранения, за исключением центров психофизиологической диагностики, учреждений санитарно-эпидемиологического надзора и военно-врачебных комиссий, устанавливаются пропорционально величине среднего оклада (должностного оклада), исчисленного по должностям врачей (провизоров) и среднего медицинского и фармацевтического персонала.

При определении числа врачебных и провизорских должностей учитываются должности руководителей, заместителей руководителей - врачей (провизоров), врачей (провизоров) - руководителей структурных подразделений, врачей (провизоров), врачей-интернов (провизоров-интернов), зубных врачей, включая должности, замещаемые сотрудниками органов внутренних дел (военнослужащими).

Должностные оклады руководителей центров психофизиологической диагностики, учреждений санитарно-эпидемиологического надзора и военно-врачебных комиссий устанавливаются пропорционально величине среднего оклада (должностного оклада), исчисленного по должностям врачей. Должностной оклад руководителя пересматривается в случае индексации должностных окладов гражданского персонала или при внесении изменений в штатное расписание (штаты) учреждения <1>.

<1> Войтова Т.Л. Заработная плата для бюджетников: Учеб.-практ. [пособие](#). М.: Проспект, 2009.

Медицинскому и фармацевтическому персоналу (в том числе руководителям учреждений здравоохранения, их заместителям и главным медицинским сестрам), имеющему квалификационную категорию, устанавливается надбавка к окладу в следующих размерах:

- по II квалификационной категории 20%;
- по I квалификационной категории - 30%;
- по высшей квалификационной категории - 40%.

Тарифно-квалификационные [характеристики](#) (требования) (ТКХ), которые в наиболее массовом порядке применялись в учреждениях для установления разрядов оплаты труда по должностям работников здравоохранения (врачи, средний и младший медицинский персонал и др.), утверждены Постановлением Минтруда России от 27.08.1997 N 43.

Перечень выплат стимулирующего характера:

- 1) выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;
- 2) выплаты за качество выполняемых работ;
- 3) выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет;
- 4) премиальные выплаты по итогам работы.

На уровне нормативного акта Минздравсоцразвития России в достаточной степени урегулированы только особенности систем оплаты труда работников федеральных бюджетных научных учреждений, имеющих в составе клинические подразделения, подведомственных Минздравсоцразвития России ([Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 28.08.2008 N 463н <1>).

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 28.08.2008 N 463н "О введении новой системы оплаты труда работников федеральных бюджетных научных учреждений, имеющих в составе клинические подразделения, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской

Федерации" (ред. от 19.12.2008) // БНА ФОИВ. 2008. N 41.

К рекомендуемому минимальному окладу по соответствующим профессионально-квалификационным группам медицинским и фармацевтическим работникам кроме общих повышающих коэффициентов, выплат компенсационного и стимулирующего характера устанавливается повышающий коэффициент к окладу за квалификационную категорию, ученую степень, почетные звания.

Для профессионально-квалификационных групп "Медицинский и фармацевтический персонал первого уровня" повышающий коэффициент к окладу за квалификационную категорию, ученую степень, почетные звания не применяется.

Повышающие коэффициенты к окладу за квалификационную категорию, ученую степень, почетные звания суммируются по каждому из оснований. Повышающий коэффициент к окладу за почетное звание применяется только по основной работе. При наличии у работника двух почетных званий - "народный врач" и "заслуженный врач" упомянутый коэффициент применяется по одному из оснований.

С целью стимулирования к качественному результату труда и поощрения работников за выполненную работу в учреждении в соответствии с [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 29.12.2007 N 818 "Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях" <1> устанавливается примерный перечень стимулирующих выплат:

<1> Российская газета. 2008. N 28.

в клинических подразделениях учреждений:

1. Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы:

1.1) надбавка за перевыполнение отраслевых норм нагрузки;

1.2) надбавка за участие в федеральных и отраслевых программах и т.д.

2. Выплаты за качество выполняемых работ:

2.1) надбавка за качественное выполнение отраслевых стандартов и соблюдение протоколов ведения больных;

2.2) надбавка за применение в практической работе новых медицинских технологий;

2.3) надбавка за оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи и т.д.

3. Выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет:

3.1) надбавка за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения;

3.2) надбавка за выслугу лет в данном учреждении.

4. Премияльные выплаты по итогам работы;

в научных подразделениях:

1. Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы:

1.1) надбавка за лечебно-диагностическую работу:

для научных сотрудников, имеющих базовое медицинское образование, - от 20 до 75% оклада

врача-специалиста соответствующей специальности;

1.2) надбавка за участие в федеральных и целевых программах и фундаментальных исследованиях, не имеющих специального финансирования;

1.3) надбавка за создание внеплановой научной продукции по профилю деятельности учреждения (структурного подразделения) (публикации в рецензируемых журналах, оформление учреждением патентов, изобретений и т.д.);

1.4) надбавка за научное руководство, ведение педагогической работы, рецензирование, экспертизу научных материалов, оппонирование и т.д.

2. Выплаты за качество выполняемых работ:

надбавка за внедрение в практику результатов НИР и НИОКР и т.д.

3. Выплаты за стаж непрерывной работы и выслугу лет:

3.1) надбавка за выслугу лет в данном учреждении (3 года и более) и т.д.

4. Премияльные выплаты по итогам работы:

для административно-управленческого и хозяйственного персонала:

1. Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы:

1.1) надбавка за обеспечение условий для лечебного и научного процесса.

2. Выплаты за качество выполняемых работ и т.д.

3. Выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет:

3.1) надбавка за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения;

3.2) надбавка за выслугу лет в данном учреждении (3 года и более) и т.д.

4. Премияльные выплаты по итогам работы.

С целью поощрения работников за общие результаты труда работники могут премироваться по итогам работы за месяц, квартал, полугодие, 9 месяцев, год.

Обращаем внимание на то, что повышение заработной платы за работу во вредных и опасных условиях труда в учреждениях здравоохранения рекомендуется дифференцировать в зависимости от условий работы.

Приложением N 5 к Приказу N 463н рекомендованы следующие размеры стимулирующих выплат:

за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения:

1. Стимулирующие выплаты за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения устанавливаются в следующих максимальных размерах:

1.1. В размере 30% оклада за первые три года и по 25% за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 80% оклада:

старшим врачам станций (отделений) скорой медицинской помощи;

врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу и водителям, в том числе состоящим в штате автотранспортных предприятий, выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи и выездных реанимационных гематологических бригад;

врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу и водителям выездных бригад отделений плановой и экстренной консультативной медицинской помощи (станций санитарной авиации).

В таких же размерах выплачиваются надбавки к часовым ставкам врачей- консультантов (врачей-специалистов), привлекаемых отделениями плановой и экстренной консультативной помощи (станциями санитарной авиации) для оказания экстренной консультативной медицинской помощи, с учетом их стажа непрерывной работы в учреждениях здравоохранения на врачебных должностях всех наименований, в том числе и по совместительству, за время выполнения указанной работы с учетом времени переезда.

За врачами выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшими на должности главного врача станции скорой медицинской помощи и его заместителя, заведующих отделениями, подстанциями скорой медицинской помощи, а также за работниками из числа среднего медицинского персонала выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшими на должности фельдшера (медицинской сестры) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам или старшего фельдшера подстанции скорой медицинской помощи, сохраняются надбавки в размерах, соответствующих стажу непрерывной работы в выездных бригадах;

врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу хосписов и постоянно действующих передвижных медицинских отрядов в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях.

1.1.1. Работникам противолепрозных (лепрозных) подразделений - в размере 10% оклада за каждый год работы.

Максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников - 80%, для других работников - 50%.

1.1.2. Работникам противочумных подразделений - в размере 10% оклада за каждый год работы.

Максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников - 100%, для других работников - 80%.

Работникам противочумных подразделений надбавка за продолжительность непрерывной работы исчисляется исходя из оклада с учетом повышения, предусмотренного за работу в этих учреждениях.

1.2. В размере 30% оклада за первые три года и по 15% за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 60% оклада:

заведующим терапевтическими и педиатрическими отделениями поликлинических отделений;

врачам, в том числе председателям и главным экспертам, врачебно-трудовых экспертных комиссий;

врачам-фтизиатрам и среднему медицинскому персоналу противотуберкулезных подразделений.

1.2.1. Работникам подразделений по борьбе с особо опасными инфекциями - в размере 10% оклада (ставки) за каждый год работы.

Максимальный размер надбавки не может превышать для медицинских работников, а также зоологов и энтомологов - 60%, для других работников - 40%.

1.3. В размере 20% оклада за первые три года и 10% за последующие два года непрерывной работы, но не выше 30% оклада:

всем работникам учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, кроме работников, получающих надбавку по основаниям, предусмотренным [подп. 1.1 - 1.2](#) Положения о порядке исчисления стимулирующих выплат за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения.

Отдельно установлен порядок исчисления стажа непрерывной работы, дающего право на получение надбавок.

6. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных некоммерческих организаций.

Законодательство о некоммерческих организациях в Российской Федерации появилось лишь в 1990-х годах, хотя в отдельных нормативных актах более раннего периода признавался особый статус организаций, действующих в общественных интересах. Конституцией РФ (ст. 30) гарантирована свобода деятельности общественных объединений и право граждан на объединение.

В широком смысле к некоммерческим организациям относятся все организации, в том числе не являющиеся юридическими лицами коллективные образования, созданные с общественно полезными целями и выполняющие социально-экономические функции, а потому, хотя и наделены определенными правами и обязанностями, но не могут выступать в гражданском обороте. В узком, гражданско-правовом смысле под некоммерческими организациями следует понимать только те из указанных организаций, которые приобрели статус юридического лица <1>.

<1> Гришаев С.П. [Некоммерческие организации](#) // СПС.

Создание некоммерческой организации осуществляется в порядке, предусмотренном [ГК](#) РФ, Федеральным [законом](#) от 12.01.1996 N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях", Федеральным [законом](#) от 08.08.2001 N 129-ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей" (ред. от 01.12.2007), а также рядом специальных законов об отдельных видах некоммерческих организаций.

Как правило, реализация права медицинских и фармацевтических работников на участие в профессиональных некоммерческих организациях в медицинской сфере может осуществляться в рамках общественных объединений, деятельность которых урегулирована Федеральным [законом](#) от 19.05.1995 N 82-ФЗ "Об общественных объединениях" <1>.

<1> СЗ РФ. 1995. N 21. Ст. 1930.

Согласно [ст. 5](#) Федерального закона от 19.05.1995 N 82-ФЗ "Об общественных объединениях" общественное объединение - добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения.

Право граждан на создание общественных объединений реализуется как непосредственно путем объединения физических лиц, так и через юридические лица - общественные объединения.

Для общественного объединения в медицинской сфере может быть использована организационно-правовая форма общественной организации.

Общественной организацией является основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей объединившихся граждан.

Членами общественной организации в соответствии с ее уставом могут быть физические лица и юридические лица - общественные объединения ([ст. 8](#) Федерального закона от 19.05.1995 N 82-ФЗ).

Ориентируясь на положения данного нормативно-правового акта, необходимо отметить, что общественные организации, равно как и общественные объединения вообще, имеют право для осуществления своих уставных целей:

представлять и защищать свои права, законные интересы своих членов и участников в органах государственной власти, органах местного самоуправления и общественных объединениях;

выступать с инициативами по вопросам, имеющим отношение к реализации своих уставных целей, вносить предложения в органы государственной власти и органы местного самоуправления <1>.

<1> Пищита А.Н. [Защита прав пациентов](#) как экономический фактор регулирования оказания медицинской помощи // Законодательство и экономика. 2006. N 1.

7. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование риска своей профессиональной ответственности.

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 <1>.

<1> Мажаренко В.А., Приз Е.В. [К вопросу о социальной защищенности](#) врача в современной России // Медицинское право. 2011. N 2. С. 12 - 15.

Страхование профессиональной ответственности врачей получило в 1960 - 1970 гг. серьезное развитие в зарубежных странах как страхование ошибок врачей <1>.

<1> Ситдикова Л.Б. [Правовые аспекты страхования ответственности консультанта](#) // Юрист. 2007. N 3.

Страховые механизмы, являясь универсальными гарантами обеспечения различных видов рисков, активно используются в большинстве государств с рыночной экономикой и заимствованы российской практикой. Страхование профессиональной ответственности преследует две взаимосвязанные задачи. Первая - защита интересов потребителей услуг, заказчиков. Вторая - защита интересов самих исполнителей (обеспечение их финансовой устойчивости, предупреждение банкротства) <1>.

<1> Мохов А.А., Капанова С.Ю., Акишева Г.Р. [Страхование профессиональной ответственности и компенсация морального вреда](#) // Юрист. 2006. N 6.

Страховая защита - одна из самых надежных прежде всего в ситуациях врачебных ошибок.

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 <1>.

<1> Мажаренко В.А., Приз Е.В. [Указ. соч.](#)

Страховые компании осуществляют страхование профессиональной ответственности согласно заключенным договорам.

Медицинские ассоциации осуществляют информационные и организационные мероприятия по страхованию среди медицинских работников, а также могут выступать заказчиками страховых услуг (при условии внесения некоторых изменений в законодательство).

Профессиональная ответственность также в большинстве случаев возникает в рамках осуществления обязательств на основании договоров о предоставлении соответствующих услуг или выполнении конкретных работ. В этой части профессиональная ответственность представляет собой не что иное, как именно договорную ответственность. Так, если врач оказывает медицинские услуги на основании того или иного договора, например об оказании возмездных услуг или оказании медицинской помощи в связи с имеющимся договором между лечебным учреждением и медицинской страховой организацией в рамках обязательного или добровольного медицинского страхования, и допускает ошибку или небрежность, то это влечет наступление договорной ответственности соответствующего медицинского учреждения перед пациентом. Если врач работает индивидуально, то тогда это его договорная ответственность. То же самое можно сказать о профессиональной ответственности оценщиков перед заказчиками оценки или адвокатов перед своими клиентами.

Внедоговорная профессиональная ответственность возможна при оказании публичных услуг (спасатели, конкурсные управляющие) либо квазипубличных услуг (помощь случайно оказавшегося на месте происшествия врача пострадавшему или иному лицу, нуждающемуся в срочной медицинской помощи) <1>.

<1> Дедиков С.В. [Основные проблемы страхования ответственности](#) по договору // Цивилист. 2010. N 1. С. 82 - 92.

Хотя в конечном счете материальные требования могут быть предъявлены к конкретному медицинскому работнику, российское законодательство позволяет страховать только риск гражданской ответственности медицинской организации - работодателя (и риск гражданской ответственности физического лица, зарегистрированного в качестве предпринимателя) <1>.

<1> Лебединец О.Н. [Перспективы и проблемы развития законодательства](#) о страховании гражданской ответственности медицинских организаций // Социальное и пенсионное право. 2009. N 1.

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников как признанный инструмент во всем мире может облегчить тяжесть трагических последствий, с его помощью клиенты получают дополнительную гарантию в возмещении причиненного им вреда, а сами профессионалы - конкурентные преимущества и определенную уверенность в устойчивости своего бизнеса <1>.

<1> Кушербаев С.К. [Страхование профессиональной ответственности медицинских работников](#) в Российской Федерации // Медицинское право. 2009. N 3. С. 40 - 44.

В Великобритании действует специальный Союз защиты медицинских работников, осуществляющий страхование профессиональной ответственности медицинских работников. Британский врач платит в кассу Союза в среднем около 2% своего годового дохода. В 1995 г. выплаты, связанные с удовлетворением судебных исков к медицинским работникам, составили около 150 млн. фунтов стерлингов <1>.

<1> Пищита А.Н. [Обязательное страхование профессиональной ответственности](#) медицинских работников как экономический фактор повышения качества медицинской помощи // Законодательство и экономика. 2007. N 3.

Страхователями профессиональной ответственности врачей выступают медицинские учреждения любой организационно-правовой формы, а также физические лица (медицинские работники), имеющие лицензию на определенные виды деятельности в сфере оказания медицинских услуг.

Страховая защита распространяется на непреднамеренные профессиональные ошибки медицинского работника, имевшие место при выполнении им профессиональных обязанностей и повлекшие причинение вреда здоровью пациента.

Страховым случаем по договору страхования профессиональной ответственности врачей является установление обязанности медицинского учреждения (частнопрактикующего врача) в судебном порядке или на основании бесспорной гражданско-правовой претензии (досудебное урегулирование спора) возместить ущерб, нанесенный жизни и здоровью третьего лица (пациента) в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) врача - страховых рисков.

В качестве страховых рисков в договорах страхования профессиональной ответственности врачей предусматриваются различного рода ошибки, в частности при установлении диагноза заболевания; в рекомендациях при проведении лечения; при выписке рецептов по приему лекарственных средств; при проведении хирургических операций; при проведении иных медицинских манипуляций <1>.

<1> Игбаева Г.Р. [Перспективы развития страхования профессиональной ответственности](#) врачей и других медицинских работников // Социальное и пенсионное право. 2007. N 2.

В числе определения основных контуров совершенствования нормативной базы предлагается, в частности, принятие Закона "О профессиональной врачебной деятельности в Российской Федерации", включая правовые механизмы страхования рисков, Закона "Об обязательном страховании ответственности медицинских работников".

Дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам и фармацевтическим работникам могут быть установлены Правительством РФ, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления за счет соответственно бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

Статья 73. Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников

Комментарий к [статье 73](#)

Данная [статья](#) называет основные обязанности медицинских и фармацевтических работников. При этом конструктивно статья разделена на 2 части, в которых отдельно раскрываются обязанности медицинских и фармацевтических работников.

В [части 1 комментируемой статьи](#) даны общие правовые установки относительно выполнения обязанностей в рамках профессиональной деятельности. Деятельность медицинского и фармацевтического работника основана на законодательстве РФ, а также на соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии.

Вполне справедливо отмечают, что неформальная регуляция отношений в области медицинского обслуживания является одним из традиционных видов регулирования профессиональной деятельности врача <1>.

<1> Седова Н.Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. 2005. N 1.

Поэтому в части, не урегулированной правовыми нормами, действуют положения медицинской профессии и медицинской этики, присущие предпринимательской деятельности только в сфере медицины. Данные правила поведения сложились и широко применяются в предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг, хотя и не предусмотрены законодательством, постольку они могут быть признаны обычаями делового оборота.

То есть должны учитываться не только условия, способствующие эффективности лечения (закрепленные в нормах **Закона**), но и мероприятия, не допускающие отрицательных его результатов, исключая организационные неполадки в обслуживании больных, и речь идет о должном поведении врача и всего медицинского персонала в интересах охраны здоровья человека <1>.

<1> Писарев Д.И. Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии. М., 1969. С. 10.

И в этом смысле на первый план выдвигаются вопросы деонтологии в медицине. Деонтология (от греч. **дельтаэпсилономикронни** - должное) - учение о проблемах морали и нравственности. Термин введен Бентамом для обозначения теории нравственности как науки о морали. Основы деонтологии в отечественной медицине заложил заслуженный советский онколог Н.Н. Петров.

Медицинская деонтология - это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. Особенности врачебной этики и деонтологии являются чувство высокого долга, общечеловеческая гуманность и др. <1>.

<1> Кушербаев С.К. **О преподавании медицинского права** в юридическом вузе // Медицинское право. 2007. N 2.

Впоследствии наука сузилась до характеристики проблем человеческого долга, рассматривая долг как внутреннее переживание принуждения, задающегося этическими ценностями. В еще более узком смысле деонтология была обозначена как наука, изучающая конкретно медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентом.

Главные вопросы медицинской деонтологии - это эвтаназия, а также неизбежная смерть пациента. Медицинская деонтология включает:

- 1) вопросы соблюдения врачебной тайны;
- 2) меры ответственности за жизнь и здоровье больных;
- 3) проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе;
- 4) проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками;

5) правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации:

интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;

интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;

вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;

врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами.

Следует учесть, что с деонтологией тесным образом переплетаются этические аспекты. Как указано выше, этика и деонтология - органически связанные понятия, под которыми понимаются моральные и

нравственные принципы, нормы и правила поведения человека, выполняющего свой гражданский и профессиональный долг.

Как отмечается в справочных изданиях, этика - это учение о морали, ее значении, принципах, нормах и роли в обществе, а также совокупность норм поведения, мораль какой-нибудь общественной группы, профессии <1>.

<1> Ожегов С.И. Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шведовой. М., 1989. С. 744.

Профессиональная этика включает правила поведения, определяющие нравственное отношение медицинских работников к своему профессиональному долгу <1>. Известное начало медицинской этики - "не навреди". Например, аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики <2>.

<1> Губенко М.И. [Правовые основы профессиональной этики](#) медицинских работников // Медицинское право. 2008. N 4.

<2> Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: Учеб. [пособие](#). М.: Дашков и К, 2009.

Еще в 1998 г., например, был опубликован доклад "Международная амнистия", в котором рассматривались вопросы нарушения врачебной этики медицинскими работниками, участвующими в казни путем инъекции, а также практика применения этого способа казни в США, Китае, Филиппинах и в других странах <1>.

<1> Квашиш В.Е. [Смертная казнь](#). Мировые тенденции, проблемы и перспективы. М.: Юрайт, 2008.

На уровне наднационального права в сфере обеспечения прав пациентов и регламентации порядка соблюдения медицинскими работниками морально-этических норм в 1983 г. принят Международный кодекс медицинской этики, раскрывающий основы принципы этического поведения врача.

Речь идет об отношениях в сфере биоэтики, которая как наука сформировалась в первой трети прошлого века и первоначально занималась проблемами здравоохранения, взаимоотношений врача и пациента. Сегодня она больше всего интересуется этическими проблемами биотехнологий. Многие из современных биотехнологий способны глубоко и необратимо воздействовать и на самого человека, и на важнейшие характеристики человеческого общества <1>.

<1> Социальное законодательство: Науч.-практ. [пособие](#) / Е.Г. Азарова, В.Н. Зенков, В.В. Лапаева и др.; отв. ред. Ю.А. Тихомиров, В.Н. Зенков. М.: КОНТРАКТ; ИНФРА-М, 2005.

Этические нормы поведения врача, связанные со спецификой его профессии, освещены в первую очередь в клятве Гиппократов, известной более 25 веков, а также в Факультетском обещании, которое давали выпускники медицинских факультетов университетов в XVI - XX вв., Клятве врача России, Международном кодексе медицинской этики, принятом Всемирной медицинской ассоциацией в 1983 г., Этическом кодексе российского врача (Ассоциация врачей России, 1994), Кодексе врачебной этики, разработанном Российской медицинской ассоциацией <1>.

<1> Созинов А.С., Максимов И.Л. [Осведомленность медицинских работников](#) по этико-правовым вопросам медицинской практики // Медицинское право. 2010. N 2. С. 3 - 5.

Морально-этическая форма регулирования в сфере медицинской деятельности служит своеобразным ориентиром, формирующим профессиональное и общечеловеческое мировоззрение

медицинских работников на принципах:

гуманизма;

соблюдения определенных правил (стандартов) оказания медицинской помощи;

взаимного уважения в отношениях с коллегами, пациентами, родственниками пациентов <1>.

<1> Созинов А.С., Максимов И.Л. [Указ. соч.](#)

К законодательству об охране здоровья граждан также относятся этические нормы и правила. Основополагающие деонтологические нормы содержатся в [Принципах](#) медицинской этики, принятых на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН и утвержденных Резолюцией N 37/194 <1>. За рубежом они оформляются в деонтологические кодексы.

<1> [Принципы](#) медицинской этики. Приняты 18.12.1982 Резолюцией 37/194 на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Официально не опубликованы.

Например, в Италии деонтологический кодекс был принят в 1912 г., и он не являлся законодательным документом, а предусматривал только административную ответственность. Во Франции деонтологический кодекс был принят в 1955 г. и касался только деятельности частнопрактикующих врачей. В 1979 г. был принят новый кодекс, в который уже была включена и деятельность врачей, работающих в государственных медицинских учреждениях <1>.

<1> Канунникова Л.В., Шинко О.Л. [Правовые и этические основы](#) профессиональной деятельности медицинских работников в РФ и за рубежом // Медицинское право. 2010. N 6. С. 20 - 24.

Нарушения этики и деонтологии: невнимательность и грубость медицинских работников, необоснованно оптимистический прогноз, высказанный больному в отношении результатов диагностики и лечения в целом (в некоторых случаях такая информация предоставлялась родственникам пациента по телефону), "ожидание" медицинским персоналом материального поощрения от больного <1>.

<1> Пискун А.И. [Информационно-деонтологические нарушения](#) как основной повод обращения пациентов в суд // Медицинское право. 2005. N 2.

Нормы касательно фармацевтической и медицинской практики существовали и в римском праве (здесь врачи привлекались к ответственности за продажу ядов с целью отравления, за аборт и кастрацию) <1>.

<1> Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности. СПб.: Деан, 1999. С. 5.

Однако этические нормы не давали надежных гарантий от неблагоприятных последствий, поэтому возникла необходимость обращения к правовым нормам, соблюдение которых могло бы гарантироваться и силой государственного принуждения <1>.

<1> Ерохина Т.В. [Государственное управление здравоохранением](#) в Российской Федерации // СПС.

В сфере медицины традиционно нормотворческая практика стремится компенсировать слабое

централизованное нормативное регулирование корпоративными нормами. Как известно, локальное регулирование должно быть основано на законе и никоим образом не подменять его, заполняя соответствующие правовые проблемы нормативного акта более высокого уровня.

Однако данное условие не всегда выдерживается на практике. Тем не менее, отдавая приоритет установления прав и обязанностей медицинских работников законодательному уровню, не следует полностью исключать принципиально важную роль корпоративных актов, несмотря на высказываемые негативы по поводу высокой степени корпоративности медицинского персонала <1>.

<1> Риффель А.В. [Административно-правовой статус врача](#) в РФ // Административное и муниципальное право. 2008. N 8.

Противоречивым, по мнению специалистов, является и сам статус таких источников права. В некоторых случаях за документами, принятыми в рамках деятельности профессиональных медицинских ассоциаций, признают общеобязательное значение. В частности, Л.А. Эртель указывает, что Этический кодекс российского врача, утвержденный конференцией Ассоциации врачей России (ноябрь 1994 г.) подлежит применению, "поскольку принят в рамках предусмотренных [ст. 62](#) Основ полномочий профессиональной медицинской ассоциации - Ассоциации врачей России" <1>.

<1> Эртель Л.А. [О необходимости правового регулирования проблем](#) пренатального периода (постановка проблемы) // Административное право и процесс. 2006. N 3.

Однако имеются и противники такого толкования статуса соответствующих нормативных документов. Ю.Д. Сергеев и А.А. Мохов определяют Этический кодекс российского врача как правовой обычай, поскольку был принят "с санкции законодателя", нашедшей отражение в [ст. 62](#) Основ об охране здоровья 1993 г. и [ст. 5](#) Гражданского кодекса РФ <1>. В данном случае логика авторов сводится к простой формализации обычного права, применение которого обязательно только в практике так называемого относительного отношения, когда его стороны установили для себя обычай в качестве "личного закона".

<1> Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. [Биоэтика - нетрадиционный источник медицинского права](#) // Медицинское право. 2007. N 2.

Представляется, что корпоративные нормы - это все же, как правило, нормы-самообязательства, поскольку принимаются большинством членов профессиональных объединений и предполагают добровольное исполнение всеми членами, входящими в такое объединение. Их наличие в практике регулирования и поступательное развитие в дальнейшем могут обеспечить более высокий уровень правосознания в медицинской практике.

[Законом](#) предусмотрены следующие обязанности медицинских работников:

- 1) оказание медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
- 2) соблюдение врачебной тайны;
- 3) совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 4) назначение лекарственных препаратов и выписка их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 5) сообщение уполномоченному должностному лицу медицинской организации информации,

предусмотренной [ч. 3 ст. 64](#) Федерального закона "Об обращении лекарственных средств" и [ч. 3 ст. 96](#) Закона об охране здоровья. И в том и в другом случае речь идет об обязанности сообщать обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, о серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов и т.п.

Учитывая профессиональную специфику фармацевтики, [Законом](#) по вполне понятным причинам сужен обозначенный круг обязанностей, которые должны соблюдать фармацевтические работники. Поэтому логичным представляется исключение из списка обязанностей фармацевтом оказание медицинской помощи, а также назначение лекарственных препаратов. В силу должностной характеристики эти полномочия не входят в круг обязанностей этих категорий специалистов.

Статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности

Комментарий к [статье 74](#)

С 1 января 2012 г. в отношении медицинских и фармацевтических работников начали действовать установленные комментируемой [статьей](#) ограничения. Они связаны с профессиональной деятельностью и имеют целью недопущение ущемления интересов пациентов. Причиной появления подобных нововведений стали распространяющаяся практика рекламы, назначения и продажи лекарственных средств, обусловленные не потребностями лечения, а договоренностями между медицинскими (фармацевтическими) работниками и представителями фармацевтических компаний.

1. [Частью 1 рассматриваемой статьи](#) медицинским работникам запрещено принимать подарки, денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств фармацевтических компаний, представителей компаний.

Общие вопросы дарения урегулированы гражданским законодательством. В соответствии со [ст. 572](#) ГК РФ по договору дарения одна сторона (даритель) безвозмездно передает или обязуется передать другой стороне (одаряемому) вещь в собственность, либо имущественное право (требование) к себе или к третьему лицу, либо освобождает или обязуется освободить ее от имущественной обязанности перед собой или перед третьим лицом. [Глава 32](#) ГК РФ определяет форму сделки по договору дарения: устная посредством вручения, символической передачи и др.; либо письменная (когда дарителем является юридическое лицо и стоимость дара превышает три тысячи рублей; когда договор содержит обещание дарения в будущем).

Несмотря на то что легального определения термина "подарок" в настоящее время в законодательстве не имеется, можно, используя положения комментируемого [Закона](#) и нормы административного законодательства (Федеральных законов от 27.07.2004 [N 79-ФЗ](#) "О государственной гражданской службе Российской Федерации" и от 02.03.2007 [N 25-ФЗ](#) "О муниципальной службе в Российской Федерации"), считать, что подарками не являются денежные вознаграждения, ссуды, услуги, оплата развлечений, отдыха, транспортных расходов и иные вознаграждения. Признакам подарков не отвечают и те вещи, которые имеют специальное целевое назначение и служат как средство продвижения товара на рынке, как источник информации о полезных свойствах вещи в рамках Федерального [закона](#) от 13.03.2006 [N 38-ФЗ](#) "О рекламе".

При применении к положениям рассматриваемой [статьи](#) предписаний ГК РФ следует иметь в виду, что [ст. 575](#) ГК РФ уже содержит запрет в отношении подарков для работников медицинских организаций, однако данный запрет распространяется на иные отношения, нежели те, которых касается комментируемая статья, поскольку субъектами отношений по ГК РФ выступают с одной стороны - работник медицинской организации, а с другой - граждане, находящиеся на лечении, супруги и родственники этих граждан. Следовательно, распространять на отношения, предусмотренные [ст. 74](#) Закона об основах охраны здоровья, нормы, касающиеся характеристик этого запрета, по аналогии недопустимо. Поэтому в отношении медицинских и фармацевтических работников запрет принимать подарки от фармацевтических компаний и их представителей следует трактовать как невозможность получения подарков в любой форме независимо от их стоимости.

Такая позиция законодателя представляется неоправданно строгой с учетом ряда обстоятельств. Во-первых, режим подарков в отношении государственных и муниципальных служащих, действия которых в большей степени подвержены коррупционным проявлениям, нежели отношения между медицинским (фармацевтическим) работником и представителем фармацевтической компании.

Во-вторых, учитывая, что на рецепте согласно требованиям [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания" указывается на латинском языке наименование лекарственного препарата (международное непатентованное или химическое либо торговое), зарегистрированное в Российской Федерации, его дозировка), а согласно требованиям стандартов (например, [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 13.11.2007 N 698 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с переломами костей голени (при оказании специализированной помощи)") для применения указывается лишь международное непатентованное наименование, полагаем, что вероятность предвзятого назначения конкретного лекарства становится минимальной, особенно в условиях обязательности для применения стандартов ([ст. 37](#) Закона об основах охраны здоровья).

В-третьих, юридически оформленных отношений и соответствующей им системы взаимных прав и обязанностей (включая обязанность выписывать определенные лекарственные средства) между медицинскими работниками и представителями фармацевтических кампаний не имеется, что снижает вероятность назначения лекарственного средства вопреки интересам пациента.

Исключением из общего запрета на получение денежных средств от компаний и их представителей является возможность получения вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности.

Согласно [ст. 41](#) Федерального закона от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения проводится в соответствии с договором о проведении клинического исследования. В таком договоре участвуют две стороны: организация, получившая разрешение на организацию соответствующего клинического исследования, и медицинская организация, осуществляющая проведение такого исследования. Федеральный [закон](#) также устанавливает обязательные положения такого договора: 1) условия и сроки проведения клинического исследования; 2) общая стоимость программы исследования с указанием суммы, предназначенной для выплат исследователям, соисследователям; 3) определение формы представления результатов данного исследования в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава России от 19.06.2003 N 266 и применяемыми с учетом новых нормативных правовых актов в сфере обращения лекарственных средств, установлен прямой запрет на оплату труда специалистов учреждения здравоохранения, проводящего клинические исследования лекарственного средства, непосредственно организацией - разработчиком лекарственного средства, а также иными юридическими, физическими лицами, финансирующими клинические исследования лекарственного средства ([п. 1.16](#)). Правила определяют, что финансирование клинических исследований лекарственного средства из средств организации - разработчика лекарственного средства осуществляется в форме оплаты счета, составленного учреждением здравоохранения, производящим клинические исследования лекарственного средства, в соответствии с договором о проведении такого исследования ([п. 1.15](#)).

[Пунктом 3 ч. 1 комментируемой статьи](#) установлен запрет на получение медицинским работником от компании, представителя компании образцов лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам. Представляется, что это предписание следует толковать как такую передачу лекарственного препарата пациенту, которая предполагает последующее применение лекарственного препарата пациентом. Поэтому использование медицинским работником образца лекарственного препарата в качестве демонстрационной модели без передачи пациенту рассматриваемым Федеральным [законом](#) напрямую не запрещается.

Термин "образец лекарственного препарата" в рамках комментируемой [статьи](#) не может быть

использован в том значении, из которого исходит федеральный законодатель при регулировании экспертизы качества лекарственного средства. Поэтому следует руководствоваться доктринальной позицией, согласно которой "образцы лекарственных средств представляют собой полноценные лекарственные средства, обособленные по формальному признаку, а именно как лекарственные средства, предназначенные не для продажи, а для иных определяемых собственником целей" <1>.

<1> Милушин М.И. [Юридические аспекты деятельности по распространению](#) лекарственных средств // Медицинское право. 2008. N 3.

Исходя из определения медицинского изделия, которое содержится в [ст. 38](#) Закона об охране здоровья, можно сделать вывод о том, что образцом медицинского изделия может быть как собственно медицинское изделие, не используемое по назначению, так и имитация этого изделия, используемая в иных (например, демонстрационных) целях. Соответственно, по аналогии с лекарственными препаратами образцами медицинских изделий можно считать те медицинские изделия, которые не предназначены для воздействия на организм пациента в целях диагностики, лечения, реабилитации и т.п.

Полагаем, что законодательно четко запрещено получение образцов и изделий лишь в том случае, если оно влечет последующую передачу пациентам. Следовательно, получение от компаний (представителей компаний) образцов лекарственных препаратов, медицинских изделий, научно-методической литературы, муляжей и т.п. в целях демонстрации пациентам возможных методик его лечения, более наглядного объяснения процессов, происходящих в его организме в связи с заболеванием и т.п., т.е. тех вещей, которые не могут быть потреблены пациентом индивидуально, не является нарушением предписаний [ст. 74](#) Закона об охране здоровья. В отличие от иных актов, прямо закрепляющих право отдельных категорий работников осуществлять научную и педагогическую деятельность или же разрешающих именно эти виды деятельности по совместительству или на иных основаниях, законодательство об охране здоровья граждан специально данное право медицинских и фармацевтических работников не закрепляет, что не препятствует применению к данным отношениям норм и принципов [Конституции](#) РФ, норм трудового законодательства, законодательства об образовании и науке.

Согласно [ст. 44](#) Конституции РФ каждому гарантирована свобода научного творчества и преподавания, однако российским законодательством регулируются лишь отдельные моменты, связанные с научным творчеством, в частности защита авторских прав (ч. 4 [ГК](#) РФ). Научная и преподавательская деятельность рассматривается как творческая деятельность в Федеральном конституционном законе от 17.12.1997 N 2-ФКЗ "О Правительстве Российской Федерации", в [ст. 11](#) которого ограничения, связанные с пребыванием в составе Правительства РФ, не распространяются на такую оплачиваемую деятельность, которая может быть в форме преподавательской, научной и иной творческой.

Если исходить из тождества понятий "преподавательская" и "педагогическая" деятельность, то следует согласиться с А.Ф. Ноздрачевым в том, что установленные исключения (разрешение заниматься преподавательской деятельностью) следует толковать как право на занятие оплачиваемой преподавательской деятельностью "исключительно в виде сотрудничества с образовательными учреждениями, имеющими лицензию на ведение образовательной деятельности" <1>.

<1> Федеральный конституционный закон "О Правительстве Российской Федерации": [Комментарий](#) (постатейный) / Г.В. Атаманчук, И.Л. Бачило, В.П. Звеков и др.; под ред. Л.А. Окунькова. М.: Юрид. лит., 1999.

Законом РФ от 10.07.1992 N 3266-1 "Об образовании" ([ст. 48](#)) разрешена индивидуальная трудовая педагогическая деятельность. При этом такая деятельность, сопровождающаяся получением доходов, рассматривается как предпринимательская и подлежит регистрации в соответствии с законодательством РФ. Однако индивидуальная трудовая педагогическая деятельность не лицензируется.

В отличие от стихийной творческой деятельности, не подлежащей правовой регламентации в силу своей природы, порядок занятия научной деятельностью законодательно регламентирован

преимущественно для лиц, занимающихся наукой профессионально.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 23.08.1996 N 127-ФЗ "О науке и государственной научно-технической политике" научная деятельность - деятельность, направленная на получение и применение новых знаний, включающая фундаментальные научные исследования (экспериментальная или теоретическая деятельность, направленная на получение новых знаний об основных закономерностях строения, функционирования и развития человека, общества, окружающей среды) и прикладные научные исследования (исследования, направленные преимущественно на применение новых знаний для достижения практических целей и решения конкретных задач).

В силу [ст. 3](#) данного Федерального закона научная и (или) научно-техническая деятельность осуществляется гражданами РФ, а также иностранными гражданами, лицами без гражданства в пределах прав, установленных законодательством РФ.

Предписания законодательства о науке таковы, что в настоящее время не имеется единого понимания субъекта научной деятельности в правовой доктрине. Большинство авторов исходят из узкого понимания научной деятельности, отличной от научного творчества: субъектами научной деятельности могут являться только те физические лица, которые обладают определенными познаниями и являются научными работниками либо персоналом научной организации. Имеется несколько примеров более широкого понимания, согласно которому не только юридически оформленные отношения между научной (в ряде случаев образовательной) организацией и физическим лицом, но и наличие юридического факта, подтверждающего научную квалификацию лица, позволяют характеризовать деятельность лица как научную. При этом в последнем случае наличие ученой степени (кандидат наук, доктор наук) презюмирует научный характер последующей деятельности лица.

Имеется и иная точка зрения (А.Ф. Ноздрачев), согласно которой "понятие научной деятельности можно конкретизировать следующим образом: это подготовка и опубликование научных монографий, трудов, статей, обзоров; проведение научных исследований (экспериментов, наблюдений, опытов и т.п.) и создание разработок; участие в научных конференциях, симпозиумах, "круглых столах", научно-практических семинарах и т.п.; участие в работе творческих коллективов по анализу различных проблем и разработке рекомендаций и т.п." <1>.

<1> Федеральный конституционный закон "О Правительстве Российской Федерации": [Комментарий](#) (постатейный).

Исходя из этой точки зрения лица, право которых на занятие научной деятельностью специально оговорено (в виде исключения из общего запрета или же посредством закрепления в качестве самостоятельного права), могут сотрудничать с любыми организациями, которые в рамках своей деятельности проводят научные исследования, организуют конференции, симпозиумы, семинары, осуществляют издание и публикацию научных работ и т.п.

Таким образом, при отсутствии необходимой четкости в правовом регулировании в качестве научной деятельности допускается считать те виды работ, услуг, которые отвечают характеристикам научной деятельности согласно Федеральному [закону](#) "О науке и научно-технической политике в Российской Федерации". К их числу относится направленность:

на получение новых знаний об основных закономерностях строения, функционирования и развития человека, общества, окружающей среды;

на применение новых знаний для достижения практических целей и решения конкретных задач;

на получение, применение новых знаний для решения технологических, инженерных, экономических, социальных, гуманитарных и иных проблем, обеспечения функционирования науки, техники и производства как единой системы.

[Постановлением](#) Минтруда России от 30.06.2003 N 41 "Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры" установлены требования к работе по совместительству, а также к тем работам, которые не считаются

совместительством и не требуют заключения (оформления) трудового договора. К их числу, например, отнесены:

литературная работа, в том числе работа по редактированию, переводу и рецензированию отдельных произведений, научная и иная творческая деятельность без занятия штатной должности;

проведение медицинской, технической, бухгалтерской и иной экспертизы с разовой оплатой;

педагогическая работа на условиях почасовой оплаты в объеме не более 300 часов в год;

консультирование высококвалифицированными специалистами в учреждениях и иных организациях в объеме не более 300 часов в год;

работа без занятия штатной должности в том же учреждении и иной организации, в том числе выполнение педагогическими работниками образовательных учреждений обязанностей по заведованию кабинетами, лабораториями и отделениями, преподавательская работа руководящих и других работников образовательных учреждений, руководство предметными и цикловыми комиссиями, работа по руководству производственным обучением и практикой студентов и иных обучающихся, дежурство медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени по графику и др.;

работа по организации и проведению экскурсий на условиях почасовой или сдельной оплаты без занятия штатной должности.

Выполнение части из указанных работ возможно в основное рабочее время с согласия работодателя.

Пунктом 1 ч. 1 и п. 1 ч. 2 комментируемой статьи установлен запрет на участие в развлекательных мероприятиях, оплаченных за счет средств компании или представителей компании. Данный запрет распространяется на всех фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций, медицинских работников и руководителей медицинских организаций. При буквальном толковании данной нормы следует, что объектами запрета выступают лишь те мероприятия, которые отвечают следующим признакам: а) развлекательные мероприятия, б) отдых, в) проезд к месту отдыха.

В данном случае речь идет об оплате соответствующих услуг их потребителем, но посредством получения финансовых средств от третьих лиц (компаний и их представителей). Запрещено также участие фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций (медицинских работников и руководителей медицинских организаций) в развлекательных мероприятиях в тех случаях, если данные категории сами не оплачивают данные услуги, но эти услуги заранее оплачены компаниями и их представителями.

В связи с тем что иных запретов в **ст. 74** Закона об охране здоровья не содержится, а нормы, устанавливающие материальную основу административной ответственности, не подлежат расширительному толкованию, полагаем, что участие в мероприятиях неразвлекательного характера, проводимых за счет средств компании (включая участие медицинских и фармацевтических работников в конференциях, конгрессах, симпозиумах и иных научно-практических и образовательных мероприятиях (организуемых как самой компанией, так и другими лицами)), не находится под запретом.

Этот вывод коррелирует и с требованиями к медицинским работникам, вытекающими из **ст. 67** Федерального закона "Об обращении лекарственных средств", согласно которым для получения информации о лекарственных препаратах специалисты не только руководствуются инструкциями по применению лекарственных препаратов, но и могут по собственной инициативе изучать монографии, справочники, научные статьи, использовать данные из докладов на конгрессах, конференциях, симпозиумах, научных советах. Данные положения соответствуют конституционному праву граждан России (**ч. 4 ст. 29** Конституции РФ) свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию, в том числе и ту, которая касается их профессиональной деятельности.

Фармацевтическая компания или представитель компании в целях информирования медицинских и фармацевтических работников о лекарственных средствах, включая данные о практике их применения, исследованиях, связанных с совершенствованием препаратов, поиском новых лекарственных средств и медицинских изделий, появлением новых методик лечения и т.п., вправе организовывать конференции,

симпозиумы, "круглые столы", лекции и циклы лекций, семинары и иные мероприятия. Часть этих мероприятий может быть организована совместно с научными и образовательными организациями, включая организации, имеющие лицензию на образовательные программы дополнительного профессионального образования.

Статьей 74 Закона об охране здоровья для медицинских и фармацевтических работников установлен четкий запрет принимать денежные средства, связанные с развлечениями (непосредственно оплата развлечений, оплата отдыха, оплата проезда к месту отдыха). Данные ограничения исходят из четкой связи между характером оплачиваемых услуг и их невозможностью быть принятыми медицинскими и фармацевтическими работниками. При этом никаких запретов для оплаты услуг, связанных с участием медицинских и фармацевтических работников в мероприятиях неразвлекательного характера, не установлено.

В комментируемой **статье** используется термин "прием", назначение которого состоит в отграничении встреч вне рамок трудовой деятельности с представителями компаний от общения с данными представителями в рабочее время на рабочем месте, которое должно быть посвящено общению с пациентами.

При регулировании вопросов, связанных с порядком участия представителей компаний в мероприятиях, проводимых медицинской организацией, следует учитывать как ограничения, установленные для действий работников в период рабочего времени, так и специфику (характер) деятельности. Согласно **ст. 91** ТК РФ рабочее время - время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности, а также иные периоды, которые в соответствии с Кодексом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ относятся к рабочему времени.

В рабочее время работник обязан соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, исполнять определенную трудовым договором трудовую функцию, которая фиксируется с учетом требований, установленных в **Приказе** Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения".

Участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов является элементом профессиональных обязанностей и прав медицинских работников, поэтому мероприятия, непосредственно связанные с исследованиями, включая обмен информацией между представителями компании и медицинскими работниками, являясь непосредственной трудовой деятельностью медицинского работника и осуществляются в рабочее время. Учитывая, что согласно **ст. 38** Федерального закона "Об обращении лекарственных средств" разработчик лекарственного препарата или уполномоченное им лицо может выступать в качестве организатора проведения клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения, компании, такое общение является неизбежным.

Согласно **Приказу** Минздрава России от 19.06.2003 N 266 "Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации" исследователь (в качестве которого может выступать медицинский работник) не только должен быть ознакомлен с результатами доклинических исследований изучаемого лекарственного средства, но и имеет право на получение любой дополнительной информации, относящейся к доклиническим исследованиям. При этом данные вопросы могут быть урегулированы в протоколе или отдельном соглашении между исследователем и (или) учреждением здравоохранения и организацией-разработчиком.

Как указано выше, вопросы участия представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, проводимых в медицинской организации, не регламентированы на уровне федеральных законов и подзаконных актов. Поэтому важно исполнение требования федерального законодательства о разработке и принятии в каждой медицинской организации порядка такого участия.

2. В отношении запретов, установленных для фармацевтических работников, считаем возможным использовать приведенное выше толкование предписаний, содержащихся в **ч. 1 комментируемой статьи**.

3. **Частью 3 рассматриваемой статьи** закреплена норма отсылочного характера, согласно которой медицинские и фармацевтические работники, руководители медицинских организаций и руководители аптек организаций, а также компании, представители компаний несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

Согласно действующему законодательству установлено несколько видов ответственности. Так, медицинские работники подлежат уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей при наступлении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (**ч. 2 ст. 109 УК РФ**) и причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенного вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (**ч. 2 ст. 118 УК РФ**).

К медицинским и фармацевтическим работникам применимо также общее правило гражданского права: в силу **ст. 1064 ГК РФ** вред, причиненный субъекту гражданского права, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред; **ст. 1068 ГК РФ** предусматривает ответственность юридического лица за вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей.

Административную ответственность в силу **ст. 6.2 КоАП РФ** влечет незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством).

Что касается ответственности за несоблюдение медицинскими и фармацевтическими работниками ограничений, установленных законодательством РФ об охране здоровья граждан, то конкретные меры административной или уголовной ответственности в настоящее время за несоблюдение ограничений, указанных в **Законе** об охране здоровья, отсутствуют, однако подобного рода изменения запланированы к включению в **КоАП РФ**.

Статья 75. Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

Комментарий к **статье 75**

Как показано в **комментарии к предыдущей статье** Закона, одной из важнейших и своевременных элементов модернизации в статусе врача является закрепление ограничений, накладываемых на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. Данная норма частично может быть соотнесена с **п. 2 ст. 575 ГК РФ**. В частности, медицинский работник не вправе получать какие-либо вознаграждения как от организаций (в первую очередь фармацевтических), их представителей, так и от частных лиц (граждан-пациентов).

Данные ограничения направлены в первую очередь на борьбу с участвовавшей практикой "продвижения" врачами дорогостоящих медицинских препаратов отдельных фармацевтических компаний и в конечном счете вынуждения пациентов поликлиник и больниц к их покупке, не гарантирующих к тому же положительный фармацевтический эффект. Вполне естественно, что подобные "рекламные" услуги известным образом вознаграждаются компанией-производителем, что способствует развитию коррупционных элементов в медицинской практике, нарушению этических правил и норм деятельности медицинских работников.

Современному законодательству известно понятие "коррупция", дефинитивная составляющая которого изложена в **ст. 1** Федерального закона от 25.12.2008 N 273-ФЗ "О противодействии коррупции" ^{<1>}, направленного на регулирование вопросов, связанных с решением данной социальной проблемы. Законом устанавливаются основные принципы противодействия коррупции, правовые и организационные основы предупреждения коррупции и борьбы с ней, минимизации и (или) ликвидации последствий коррупционных правонарушений.

^{<1>} СЗ РФ. 2008. N 52 (ч. I). Ст. 6228.

Итак, с точки зрения легального определения коррупция - это:

злоупотребление служебным положением;

дача взятки;

получение взятки;

злоупотребление полномочиями;

коммерческий подкуп либо иное незаконное использование физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами.

К категории "коррупция" отнесено также совершение указанных деяний от имени или в интересах юридического лица. Собственно, в современном законодательстве борьбе с коррупцией уделяется особое внимание в связи с широтой и системностью данной проблемы для современного общества.

Отчасти на преодоление коррупционных элементов в медицинской сфере направлены нормы [ст. 75](#) Закона об охране здоровья, определяющей механизмы урегулирования конфликта интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности. Конфликт интересов вырастает на почве личной заинтересованности медицинского работника в решении определенных вопросов, связанных и исполнением им своих должностных обязанностей, и нередко сопровождается материальной выгодой от совершения действий, идущих, как правило, вразрез с правовыми, а также этическими и моральными нормами.

Понятие "конфликт интересов" также не является новым для отечественного законодательства и практической деятельности. Однако эта категория все же большее воплощение нашла в системе государственной (муниципальной) службы, а также в деятельности хозяйственных обществ, т.е. в сфере коммерческой (предпринимательской) деятельности. При этом перенесение категории "конфликт интересов" в сферу медицинской деятельности говорит о всей серьезности сложившейся ситуации в медицинской практике.

Вообще, в справочных изданиях конфликт (от лат. conflictus - столкновение) определяется как противоречие во взглядах и в отношениях, столкновение расходящихся, противоположных интересов, острый спор <1>.

<1> Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. М.: ИНФРА-М, 2006.

Согласно [п. 1 ст. 10](#) Закона о противодействии коррупции под конфликтом интересов на государственной или муниципальной службе понимается ситуация, при которой личная заинтересованность (прямая или косвенная) государственного или муниципального служащего влияет или может повлиять на надлежащее исполнение им должностных (служебных) обязанностей и при которой возникает или может возникнуть противоречие между личной заинтересованностью государственного или муниципального служащего и правами и законными интересами граждан, организаций, общества или государства, способное привести к причинению вреда правам и законным интересам граждан, организаций, общества или государства.

В свою очередь, в хозяйственной сфере конфликт интересов практически по определяющей части очень близок его понятию, которое дано в рамках осуществления публичной деятельности.

Тем не менее деловая практика организаций хозяйственного типа в рассматриваемой ситуации тяготеет к категории "корпоративный конфликт", понимает под ним конфликт между органами общества и его акционерами, а также между акционерами, если такой конфликт затрагивает интересы общества. Предупреждение и урегулирование корпоративных конфликтов в обществе в равной мере позволяют

обеспечить соблюдение и охрану прав акционеров и защитить имущественные интересы и деловую репутацию общества <1>.

<1> [Распоряжение](#) ФКЦБ России от 04.04.2002 N 421/р "О рекомендации к применению Кодекса корпоративного поведения" // Вестник ФКЦБ России. 2002. N 4.

Конфликт интересов в медицинской сфере в большей степени ориентирован в сторону коррупционных проявлений в деятельности медицинского работника. И все же содержательная его сторона связана с коммерческими интересами.

Как следует из определения, предложенного в [Законе](#), конфликт интересов - ситуация, при которой у медицинского или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества.

При этом наблюдается прямая связь с получением медицинским работником выгоды и его дальнейшим исполнением своих профессиональных обязанностей. Представляется, что именно дальнейшее поведение медицинского работника, как следует из определения, не будет отвечать интересам пациента. С практической точки зрения поведение медицинского работника может проявиться в понуждении пациента приобрести заранее ненужное лекарство (препарат) либо в крайнем случае необходимый для лечения пациента препарат, но по заранее невыгодной (более высокой) для клиента стоимости. Эта же ситуация может возникнуть, когда пациенту предлагается приобрести более дорогой аналог препарата с тем же фармацевтическим эффектом или даже в конкретной аптечной организации (фармацевтической компании).

Как можно предположить, наиболее негативные с этической точки зрения и даже социально опасные последствия будет иметь противоречие между личной заинтересованностью медицинского работника или фармацевтического работника и интересами пациента, когда последнему предлагают приобрести препарат, для него заранее не нужный, при наличии у пациента признаков соответствующего заболевания.

В этой связи надо также отметить, что деятельность медицинских работников в некоторых элементах профессиональной этики совпадает, например, с деятельностью сотрудников органов внутренних дел. Однако в отличие от медицинской сферы этот вопрос на правоохранительной службе отражен нормативно. В частности, согласно [п. 1 ст. 24](#) Кодекса профессиональной этики <1> этический конфликт представляет собой ситуацию, при которой возникает противоречие между нормами профессиональной этики и обстоятельствами, сложившимися в процессе служебной деятельности.

<1> [Приказ](#) МВД России от 24.12.2008 N 1138 "Об утверждении Кодекса профессиональной этики сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации". Официально не опубликован.

В свою очередь, профессионально-этическое содержание конфликта интересов состоит в противоречии между служебным долгом и личной корыстной заинтересованностью, которое может причинить моральный вред высокому званию сотрудника ([ст. 25](#) Приказа МВД России от 24.12.2008 N 1138).

Как представляется, медицинская практика должна учитывать подобные аспекты морально-этической стороны деятельности врачей и фармацевтов.

Отметим, что комментируемая [статья](#) посвящена урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности, поэтому содержит механизм такого урегулирования.

Вообще, поводом для обращения с подобными заявлениями может послужить, например, конкретное предложение о сотрудничестве по распространению какого-либо медицинского препарата, поступившее от уполномоченных лиц фармацевтической компании или аптечной организации, которое

сопровождается обещанием предоставления материальной выгоды в виде конкретной денежной суммы либо процента от стоимости проданных препаратов.

Естественно, что **Закон** исходя из особенностей работы медицинских и фармацевтических организаций связывает несколько вариантов действий по разрешению конфликта интересов. Первый вариант используется, когда конфликт возникает на уровне сотрудника организации, например врача или фармацевта. В этом случае медицинский работник или фармацевтический работник проинформирует об этом в письменной форме руководителя медицинской организации или руководителя аптечной организации. Такое информационное сообщение может быть сделано в форме заявления, докладной или служебной записки. В свою очередь, соответствующий руководитель в 7-дневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, в письменной форме уведомляет об этом уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Второй вариант предусмотрен для случаев, когда в ситуации возникновения конфликта интересов оказывается непосредственно индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую или фармацевтическую деятельность. **Законом** не установлен срок, в течение которого предприниматель обязан сделать соответствующее уведомление. Однако можно заключить, что действия предпринимателя должны осуществляться по аналогии с действиями руководителя соответствующего юридического лица, т.е. предприниматель сообщает о конфликте интересов в письменной форме в уполномоченный орган в течение 7 дней со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов.

Однако и в том и в другом случае рассмотрение письменных заявлений о возникновении конфликта интересов осуществляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. Согласно **п. 4 комментируемой статьи** урегулированием конфликта интересов занимается соответствующая комиссия, создаваемая уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Как следует из **п. 5 комментируемой статьи**, комиссия по урегулированию конфликта интересов действует на основании положения, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Состав формируемой комиссии должен исключать в ее работе возможность появления конфликта интересов. Поэтому при отборе кандидатов в состав комиссии должны учитываться факторы, которые могут повлиять на объективность принимаемых ею решений. Представляется, что законодатель должен предусмотреть в отдельном документе порядок работы комиссии, механизм ее формирования и принятия решений.

Статья 76. Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками

Комментарий к **статье 76**

Вопросы, связанные с регламентацией деятельности профессиональных объединений в сфере медицины и здравоохранения, известны законодательству об охране здоровья. В частности, соответствующие положения первоначально нашли отражение в **ст. 62 Основ законодательства 1993 г.**, посвященной профессиональным медицинским и фармацевтическим ассоциациям.

В комментируемой **статье** данные нормы нашли обновленное содержание и уточнены с учетом требований современной практики деятельности общественных объединений. Стоит отметить, что данным институтам отводится значительная роль в становлении основ саморегулирования и защиты интересов граждан, представляющих отдельные профессиональные сообщества.

Что касается конструктивной части рассматриваемой **статьи**, то ее содержание более широко по сравнению со **ст. 62 Основ законодательства** подходит к регулированию деятельности профессиональных некоммерческих организаций, что уже видно из названия самой статьи "Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками".

В связи с этим стоит отметить, что указанная выше **ст. 62 Основ** именовалась "Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации", что, по сути, ограничивало круг организационно-правовых

форм юридических лиц, в которых могли действовать соответствующие профессиональные объединения.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в целях реализации и защиты прав развития медицинской и фармацевтической деятельности, содействия научным исследованиям, решения иных связанных с профессиональной деятельностью.

Создание и деятельность различных организаций в сфере здравоохранения регламентируются Федеральным [законом](#) от 19.05.1995 N 82-ФЗ "Об общественных объединениях" <1>, имеющим как специальный акт приоритет над нормами комментируемого [Закона](#) при регулировании отношений, непосредственно возникающих в связи с реализацией гражданами права на объединение.

<1> СЗ РФ. 1995. N 21. Ст. 1930.

Под общественным объединением понимается добровольное, самоуправляемое, некоммерческое формирование, созданное по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для реализации общих целей, указанных в уставе общественного объединения.

Основной принцип создания объединений в профессиональной медицинской среде - добровольность. Названный принцип означает, что никто не может принуждать общественное объединение заниматься какой-либо деятельностью, в том числе путем издания обязательных для выполнения актов органов государственной власти или местного самоуправления, не основанных на законе и имеющих индивидуальный характер <1>.

<1> Шашкова О.В. [Комментарий](#) к Федеральному закону от 19.05.1995 N 82-ФЗ "Об общественных объединениях" (постатейный) // СПС.

Данный признак основан на нормах [ст. 30](#) Конституции РФ, устанавливающей, что "каждый имеет право на объединение" и "никто не может быть принужден к вступлению в какое-либо объединение или пребыванию в нем".

Критерием формирования профессиональных некоммерческих организаций может являться принадлежность:

- 1) к медицинским работникам или фармацевтическим работникам;
- 2) к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов);
- 3) к одной врачебной специальности.

Общественные объединения могут создаваться в одной из следующих организационно-правовых форм:

- общественная организация;
- общественное движение;
- общественный фонд;
- общественное учреждение;
- орган общественной самодеятельности;
- политическая партия.

Общественные объединения в здравоохранении создаются в основном в форме общественной

организации. Так, созданы и действуют общероссийские общественные организации "Российское общество имени Н.И. Пирогова", "Российское научное общество интервенционных радиологов и эндоваскулярных хирургов", "Российский медицинский союз" (РМС) и др.

Статус профессиональных объединений, а в особенности ассоциаций (союзов) в настоящее время содержит ряд принципиальных противоречий, и прежде всего по кругу участников (субъектному составу), которые могут данное объединение образовывать (создавать).

Основная проблема касается разграничения между правовыми статусами профессиональных медицинских ассоциаций и смежных правовых форм - профессиональных союзов и ассоциаций, предусмотренных нормами [ст. ст. 121 - 123](#) ГК РФ.

Известные отличия состоят в членском составе (для профессиональных медицинских ассоциаций это физические лица, являющиеся медицинскими работниками, а для ассоциации согласно ГК РФ - юридические лица), а также в том, что предусмотренные [ст. 121](#) ГК РФ ассоциации создаются отдельно для коммерческих и отдельно для некоммерческих организаций.

Следовательно, для полноценного применения на практике нормативной конструкции ассоциации (союзов) применительно к участию в них граждан необходимо внести соответствующие изменения в гражданское законодательство, существенно изменив структуру самого объединения. Нелишним в этом будет изучение западных моделей публичных организаций, однако не с ассоциативным членством, а с непосредственным участием физического субстрата в делах коллективного учреждения.

Зарубежный опыт показывает, что в ряде стран врачи объединены в публичные корпорации, которые совмещают элементы правового статуса как общественной, так и публичной организации. Как правило, предусматривается обязательное членство врача в такой структуре, наделенной по отношению к нему дисциплинарной властью <1>.

<1> Романовская О.В. [Профессиональные медицинские ассоциации](#) в системе субъектов публичных правоотношений // Медицинское право. 2009. N 4. С. 10 - 13.

При этом предлагается возможным создание публичных корпораций, которые наделяются отдельными государственно-властными полномочиями и должны отвечать определенным требованиям:

1. Корпорации создаются в силу закона в соответствии с нормами публичного, а не частного права.
2. Корпорации интегрированы в структуру органов государственного управления.
3. Корпорации подотчетны и подконтрольны государству.
4. Существование публичных корпораций имеет глубокие исторические корни.
5. Четкая регламентация деятельности на уровне закона.
6. Установление гарантий эффективной деятельности публичной корпорации, ответственной перед государством.
7. Гарантированность защиты прав члена публичной корпорации от возможного злоупотребления полномочиями <1>.

<1> [Там же](#).

Профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством РФ порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и

фармацевтических работников, принимать участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий.

Слова "принимают участие" означают, что должен присутствовать другой субъект, который, в свою очередь, наделен регулятивными полномочиями.

Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают также клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Профессиональным объединениям, в которых число врачей, входящих в него на личном членстве, не менее 25% от общей численности врачей на территории субъекта РФ, наряду с указанными функциями предоставлено право принимать участие:

в аттестации врачей для получения ими квалификационных категорий;

в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования;

в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Представляется, что предусмотрена возможность создания профессиональных ассоциаций на смешанной основе (с участием как юридических лиц (медицинских организаций) так и физических лиц (граждан-врачей)).

На территории субъекта РФ может функционировать нескольких медицинских профессиональных некоммерческих организаций. В этом случае указанные выше полномочия вправе осуществлять организация, которая является более многочисленной по непосредственному представительству в ней врачей от их общей численности в конкретном регионе.

Установленный критерий представительства является минимальным, поскольку меньший порог численности при принятии соответствующих юридически значимых решений членом объединения может не определять интересы большинства представителей соответствующей медицинской или фармацевтической профессии.

В то же время представляется, что норма о возможности выполнения соответствующих, обозначенных выше полномочий будет работать, если некоммерческое объединение создано на основе соблюдения критерия принадлежности его членов к медицинским или фармацевтическим работникам.

Более узкий для формирования объединения критерий на практике может создавать проблемы в реализации предоставленных объединению прав ввиду различий в интересах членов, объясняемых спецификой профессиональной деятельности в рамках конкретной медицинской специализации.

Закреплена перспективная норма о возможности передачи медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам) права осуществления отдельных функций в сфере охраны здоровья. Перечень данных функций должен быть определен в специальном законе, а критерии, которым должны соответствовать организации для осуществления функций, - Правительством РФ.

Законом может быть установлен порядок реализации такими организациями права на участие в деятельности уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, фондов обязательного медицинского страхования, а также в разработке программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Статья 77. Особенности подготовки медицинских работников и фармацевтических работников

Комментарий к [статье 77](#)

Прежде всего следует отметить, что самостоятельное значение нормы об организации подготовки

персонала в медицинской сфере приобрели в рамках комментируемой [статьи](#). До этого отдельные положения, касающиеся вопросов обучения, содержала [ст. 54](#) Основ законодательства 1993 г.

Получение медицинского или фармацевтического образования предполагается на различных образовательных цензах (уровнях). Согласно [ст. 9](#) Закона РФ "Об образовании" образовательная программа определяет содержание образования определенных уровня и (или) направленности.

К основным профессиональным относятся программы:

1) начального профессионального образования (оно имеет целью подготовку работников квалифицированного труда по всем основным направлениям общественно полезной деятельности на базе основного общего и среднего (полного) общего образования);

2) среднего профессионального образования (оно имеет целью подготовку специалистов среднего звена, удовлетворение потребностей личности в углублении и расширении образования на базе основного общего, среднего (полного) общего или начального профессионального образования);

3) высшего профессионального образования (программы бакалавриата, программы подготовки специалиста и программы магистратуры). Его целями являются подготовка и переподготовка специалистов соответствующего уровня, удовлетворение потребностей личности в углублении и расширении образования.

Подготовка лиц с высшим профессиональным образованием для получения квалификации (степени) "бакалавр" и квалификации (степени) "специалист" осуществляется на базе среднего (полного) общего, среднего профессионального образования, а для получения квалификации (степени) "магистр" - на базе бакалавриата;

4) послевузовского профессионального образования. Оно предоставляет гражданам возможность повышения уровня образования, научной, педагогической квалификации на базе высшего профессионального образования. В рамках медицинской специализации оно может быть получено в ординатуре и интернатуре.

В качестве послевузовского профессионального образования можно рассматривать дополнительное профессиональное образование.

Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 N 210н <1> утверждена [Номенклатура](#) специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, а Приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 N 176н <2> - [Номенклатура](#) специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 N 210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации" (ред. от 09.02.2011) // Российская газета. 2009. N 104.

<2> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 N 176н "О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации" (ред. от 30.03.2010) // Российская газета. 2008. N 101.

Практическая подготовка лиц в соответствии с образовательными программами организуется на базе:

1) структурных подразделений образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность (клиник);

2) медицинских организаций, в том числе медицинских организаций, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций (клинической базе);

3) организаций - производителей лекарственных средств и медицинских изделий, аптечных организаций, судебно-экспертных учреждений и иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, в том числе организаций, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций.

Приказом Минздрава СССР от 20.01.1982 N 44 <1> регламентированы вопросы, связанные с послевузовской практической подготовкой (интернатурой) выпускников лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов.

<1> **Приказ** Минздрава СССР от 20.01.1982 N 44 "О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре" // Официально не опубликован.

Порядок прохождения интернатуры закреплен в названном Приказе и регулируется:

1) **Положением** об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов;

2) **Положением** о центральном методическом кабинете по специализации и усовершенствованию врачей и провизоров Министерства здравоохранения.

Согласно п. 1 Положения одногодичная специализация (интернатура) является обязательной формой последипломной подготовки выпускников лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов, по окончании которой выпускникам присваивается квалификация врача-специалиста.

От интернатуры освобождаются выпускники, распределенные на научно-исследовательскую работу, а также поступившие в аспирантуру или клиническую ординатуру. Срок подготовки в интернатуре составляет один год. Врачи, окончившие интернатуру, обязаны проработать по месту распределения не менее трех лет. После прохождения интернатуры специалисты могут замещать в учреждениях здравоохранения врачебные и провизорские должности.

Специалисты, желающие развивать свой профессиональный уровень, продолжают обучение в клинической ординатуре. Порядок обучения в ней закреплен в **Положении** о клинической ординатуре (утв. Приказом Минздрава России от 17.02.1993 N 23) <1>.

<1> БНА МВ РФ. 1993. N 3.

Основной задачей обучения в клинической ординатуре является подготовка высококвалифицированных специалистов для их самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения или в порядке частной практики.

Обучение осуществляется с отрывом от основного места работы. Продолжительность обучения составляет два года, однако этот срок может быть увеличен до пяти лет. Соответствующее решение принимается в каждом конкретном случае в зависимости от специальности подготовки. Врачи, прошедшие по конкурсу в клиническую ординатуру, освобождаются от работы на основании письма учебного или научного учреждения, осуществляющего подготовку клинических ординаторов.

Срок обучения в клинической ординатуре засчитывается в трудовой стаж врача.

По окончании обучения лицам, получившим послевузовское профессиональное образование в ординатуре, интернатуре, выдается документ государственного образца о послевузовском профессиональном образовании. Форма документа устанавливается Минздравсоцразвития России. В настоящее время форма такого документа не утверждена. До ее принятия выдаются удостоверения:

об окончании одногодичной специализации (интернатуры);

к диплому о базовом высшем медицинском образовании.

Врачи, окончившие интернатуру или ординатуру, получают, кроме того, сертификат специалиста, подтверждающего право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации. Этот сертификат выдается после сдачи сертификационного экзамена ([письмо](#) Минздравсоцразвития России от 17.06.2010 N 16-3/10/2-5048 <1>) и подтверждается каждые пять лет путем прохождения повышения квалификации (не менее 144 часов). При допуске к медицинской деятельности обязательно предоставляется свидетельство о повышении квалификации, на основании которого был выдан сертификат.

<1> Официально не опубликовано.

В период обучения в интернатуре или ординатуре в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения врачи имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку.

Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения. Согласно [Приказу](#) Минздравсоцразвития России от 15.01.2007 N 30 участвовать в оказании медицинской помощи могут студенты, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку, имеющие практические навыки, приобретенные на муляжах (фантомах), прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры. Их участие осуществляется под контролем медицинского персонала, при соблюдении медицинской этики и с согласия пациентов или их законных представителей. Медицинский персонал, контролирующий участие студентов в оказании медицинской помощи гражданам, определяется руководителем медицинской организации.

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием. Для допуска к работе по профессии указанные лица должны иметь диплом о среднем медицинском образовании и сертификат специалиста. Некоторые должности требуют специальной подготовки (специализации): например, медсестра физиотерапии, медсестра-анестезиолог и т.д. Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, которое проводят комиссии профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Порядок организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам устанавливается Минздравсоцразвития России.

При оказании медицинской помощи в рамках практической подготовки медицинских работников пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся.

Статья 78. Права медицинских организаций

Комментарий к [статье 78](#)

Комментируемая [статья](#) является новеллой законодательства о здравоохранении, поскольку

Основы законодательства 1993 г. аналогичных норм в своих положениях не содержали.

Итак, медицинская организация в соответствии с положениями рассматриваемой **статьи** обладает следующими правами.

1. Право вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи.

В зависимости от организационно-правовой формы учредителем медицинских организаций могут быть как государство или муниципалитет в лице соответствующих органов управления, так и частные лица.

На государственном уровне имеется не так много медицинских организаций, которые созданы и находятся в ведении федеральных органов исполнительной власти. Основная масса государственных учреждений здравоохранения сосредоточена на уровне субъектов РФ и муниципальном уровне. Именно здесь находятся и органы управления здравоохранением, выполняющие параллельно и функции учредителя соответствующих медицинских организаций.

На практике это могут быть департаменты здравоохранения (в областях), министерства (в основном в республиках), действующие в составе регионального Правительства РФ либо самостоятельные с правами юридического лица. Например, в Кировской области создан и действует департамент здравоохранения Кировской области.

Согласно Положению о департаменте здравоохранения Кировской области (утверждено Постановлением правительства Кировской области от 09.12.2008 N 155/488) <1> департамент является исполнительным органом государственной власти Кировской области отраслевой компетенции, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в сфере здравоохранения, в соответствии с п. 3.1.15.1 Положения выступает учредителем областных государственных учреждений, подведомственных департаменту.

<1> Постановление правительства Кировской области от 09.12.2008 N 155/488 "Об утверждении Положения о департаменте здравоохранения Кировской области" (ред. от 18.10.2011) // Вести. Киров. 2008. N 152 (1299).

Несмотря на широкое распространение медицинских организаций на местном уровне, муниципальные органы управления здравоохранением в рамках требований Федерального закона N 131-ФЗ (п. 14 ч. 1 ст. 16) в настоящий период постепенно упраздняются, а подведомственные им ранее учреждения здравоохранения как имущественные комплексы передаются в региональную собственность. Соответственно, функции учредителя в отношении таких медицинских организаций выполняют профильные органы управления здравоохранением в субъектах РФ.

Приказом Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 N 627 <1> утверждена Единая **номенклатура** государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

<1> БНА ФОИВ. 2005. N 42

В частной медицине получили распространение юридические лица - коммерческие организации: общества с ограниченной ответственностью, открытые и закрытые акционерные общества, производственные кооперативы. В частной медицине практически не нашли распространения такие организационно-правовые формы коммерческих организаций, как полное товарищество, товарищество на вере (коммандитное товарищество), общество с дополнительной ответственностью. Среди некоммерческих организаций, доля которых в частной системе здравоохранения заметно ниже, чем коммерческих организаций, чаще создаются некоммерческие партнерства, автономные некоммерческие организации, ассоциации, союзы; реже - фонды, учреждения.

Отдельные коммерческие и некоммерческие организации могут быть учреждены одним лицом

(врачом). В частности, врач может быть одним учредителем общества с ограниченной ответственностью, акционерного общества, фонда, автономной некоммерческой организации, учреждения.

Учредителем юридического лица может выступать другое юридическое лицо. Учрежденная организация будет являться дочерним юридическим лицом по отношению к своему учредителю. Кроме того, допускается и соучредительство. Соответственно, учредителями таких организаций могут быть несколько физических лиц и (или) юридических лиц.

2. Право участвовать в оказании гражданам РФ медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей базовую программу обязательного медицинского страхования.

Как указано выше, Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 утверждена [Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год](#).

Помимо федеральной программы в субъектах РФ принимаются территориальные программы оказания медицинской помощи. В частности, в таких программах определяется перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования. В них же определяется государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ.

3. Право выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В настоящее время действует ряд документов, регламентирующих вопросы выдачи соответствующих рецептов на лекарственные препараты, справок, медицинских заключений и листов нетрудоспособности.

Рецепт на лекарственный препарат - письменное назначение лекарственного препарата по установленной форме, выданное медицинским или ветеринарным работником, имеющим на это право, в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска. [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 N 110 <1> установлен порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания" // Российская газета. 2007. N 100.

Медицинское заключение - документ, подтверждающий соответствие его обладателя требованиям, предъявляемым к годности по состоянию здоровья. Так, Приказом Минздравсоцразвития России от 25.05.2007 N 358 <1> утверждена [Инструкция](#) выдачи медицинского заключения о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 25.05.2007 N 358 "О медицинском заключении о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека" // Российская газета. 2007. N 141.

Листок нетрудоспособности - документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан и подтверждающий их временное освобождение от работы. Листок нетрудоспособности выдается при заболеваниях, травмах и отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности, на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина, на время протезирования в условиях стационара, на период отпуска по беременности и родам, при усыновлении ребенка.

Приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н <1> утвержден **Порядок** выдачи листов нетрудоспособности, которая осуществляется лицами, имеющими в соответствии с законодательством РФ о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

<1> **Приказ** Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности" // Российская газета. 2011. N 148.

Листок нетрудоспособности выдают медицинские работники указанных лиц, в том числе:

лечащие врачи медицинских организаций;

фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций, иные работники со средним медицинским образованием в отдельных случаях - по решению органа исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения;

лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения - по согласованию с Минздравсоцразвития России.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

организаций скорой медицинской помощи;

организаций переливания крови;

приемных отделений больничных учреждений;

бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;

медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы).

Выдача листов нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляются медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

4. Право осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования.

Общее представление о сущности научной работы, в том числе и в сфере здравоохранения, дает Федеральный закон от 23.08.1996 N 127-ФЗ "О науке и государственной научно-технической политике" (ст. 2) <1>.

<1> СЗ РФ. 1996. N 35. Ст. 4137.

Научная (научно-исследовательская) деятельность (научная деятельность) - деятельность, направленная на получение и применение новых знаний, включающая фундаментальные и прикладные научные исследования.

Фундаментальные научные исследования - экспериментальная или теоретическая деятельность, направленная на получение новых знаний об основных закономерностях строения, функционирования и

развития человека, общества, окружающей среды.

Фундаментальные исследования представляют собой выявление в той или иной области знаний объективных основных закономерностей, принципиальных возможностей решения практической задачи (например, выявление принципиальной возможности лечения заболевания с помощью специального химического класса веществ либо путем воздействия определенного излучения) <1>.

<1> Батяев А.А., Каркавина Д.Ю. [Комментарий](#) к Федеральному закону от 23.08.1996 N 127-ФЗ "О науке и государственной научно-технической политике" (постатейный) // СПС.

Прикладные научные исследования - исследования, направленные преимущественно на применение новых знаний для достижения практических целей и решения конкретных задач, позволяющие выявить более эффективный путь решения задачи, к примеру, получить с созданными свойствами материал, вещество, устройство.

Непосредственная цель прикладных научных исследований - применение результатов фундаментальных научных исследований для решения не только познавательных, но и социально-практических проблем <1>.

<1> [Там же](#).

Следует также отметить, что согласно [ст. 3](#) Закона о науке научная и (или) научно-техническая деятельность осуществляется юридическими лицами при условии, если научная и (или) научно-техническая деятельность предусмотрена их учредительными документами.

5. Право 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.

Данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах относятся к категории персональных данных. Вопросы, связанные с обработкой персональных данных, регулируются в соответствии с нормами [Закона](#) о персональных данных.

Информационная система персональных данных - совокупность содержащихся в базах персональных данных и обеспечивающих их обработку информационных технологий и технических средств. Локальные информационные системы предполагают их создание на уровне конкретной медицинской организации (см. [комментарий к ст. ст. 91 и 92](#) Закона).

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

Комментарий к [статье 79](#)

Данная [статья](#) является также новацией законодательства об охране здоровья, поскольку [Основы законодательства](#) 1993 г. самостоятельных норм, раскрывающих обязанности медицинских организаций, не содержали.

[Часть 1](#) [комментируемой статьи](#) закрепляет общие для любой независимо от организационно-правового статуса и сферы медицинской деятельности организации обязанности. К ним законодателем отнесены:

1. Оказание гражданам медицинской помощи в экстренной форме. Данная обязанность корреспондирует с содержанием принципа недопустимости отказа в оказании медицинской помощи ([ст. 11](#)). Напомним, что в соответствии с данным принципом медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается, что обеспечивается мерами юридической ответственности, которая может быть применена к медицинским организациям и медицинским работникам

(см. [комментарий к ст. 11 Закона](#)).

2. Осуществление медицинской деятельности в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. Следует отметить, что порядки и стандарты оказания медицинской помощи выполняют роль нормативных актов, регулирующих технические аспекты медицинской деятельности.

Согласно [п. 2](#) Приказа Минздравсоцразвития России от 11.08.2008 N 410н "Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи" <1> порядок оказания отдельного вида (по профилю) медицинской помощи утверждается приказом Минздравсоцразвития России и может включать:

<1> БНА ФОИВ. 2008. N 41.

- а) порядок оказания вида (по профилю) медицинской помощи, включая все этапы ее оказания;
- б) положение об организации деятельности медицинской организации в части оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи;
- в) положение об организации деятельности структурного подразделения медицинской организации (отделение, кабинет и др.) в части оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи;
- г) положение об организации деятельности врача медицинской организации (ее структурного подразделения) в части оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи;
- д) примерный табель оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений (медицинское оборудование, инструментарий, мягкий инвентарь, изделия медицинского назначения и др.) для оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи;
- е) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений для оказания данного вида (по профилю) медицинской помощи.

Структура порядка в каждом случае может быть уточнена исходя из специфики оказания конкретного вида (по профилю) медицинской помощи. В настоящее время принято и действует около 28 порядков оказания медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи определяются на уровне уполномоченных государственных органов. Стандарт медицинской помощи определяет наиболее эффективные и воспроизводимые в существующих условиях методы лечения, унификацию и контроль применения таких методов.

Стандарты медицинской помощи учитывают международный опыт, рекомендации экспертов и национальные особенности. Упомянутым [Приказом](#) N 410н была введена официальная практика подготовки и применения лечебных стандартов в здравоохранении. В настоящее время число разработанных в РФ стандартов лечения достигает нескольких сотен.

Назначение стандарта - указать модель пациента (описание типового случая), область и условия применения стандарта (диагнозы, амбулаторные или стационарные условия, длительность лечения и т.д.), способ лечения с указанием конкретных рекомендаций по использованию технических и медикаментозных средств. Стандарт предназначен для обязательного исполнения в системе здравоохранения.

Внедрение стандартов упорядочивает предоставление лечебной помощи населению, способствует повышению прозрачности затрат на здравоохранение, повышает общий уровень медицинской помощи. Наличие стандартов как элементов законодательной базы в сфере медицинских услуг имеет важное значение в определении прав, а также области ответственности пациентов и врачей.

Следует отметить, что обязанность медицинских организаций осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством, порядками и стандартами медицинской помощи корреспондирует с реализацией принципа обеспечения доступности и качества медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 10 Закона](#)).

3. Информирование 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. Исполнение данной обязанности медицинскими организациями направлено на соблюдение конституционных прав граждан оказания бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (ст. 41 Конституции РФ) медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. За счет бюджетных средств гражданам гарантируется предоставление минимума медицинских услуг, которые закрепляются в программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Правительством РФ в последнее время ежегодно принимаются Программы государственных гарантий на очередной финансовый год <1>. Следует учесть, что установленный Правительством РФ гарантированный минимум медицинских услуг не может быть предоставлен за плату.

<1> [Программа](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (утверждена Постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 N 856).

Информирование граждан об их правах на минимальные гарантии медицинской помощи осуществляется, как правило, через медицинский персонал таких организаций, прежде всего непосредственно лечащими врачами. Отчасти такую практику подтверждает закрепление обязанности лечащего врача, рекомендуя пациенту лекарственный препарат, медицинское изделие, специализированный продукт лечебного питания, информировать пациентов о возможности получения без взимания платы в соответствии с законодательством РФ (см. [комментарий к ст. 70 Закона](#)).

4. Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. "Врачебная тайна" и "персональные данные" - взаимодополняющие категории. Причем следует сказать, что персональные данные являются составной частью информации, составляющей врачебную тайну (см. [комментарий к ст. 94 Закона](#)).

Таким образом, персональные данные относятся к конфиденциальной информации и касаются прежде всего пациентов медицинских организаций.

Конфиденциальность информации - обязательное для выполнения лицом, получившим доступ к определенной информации, требование не передавать такую информацию третьим лицам без согласия ее обладателя (ст. 2 Федерального закона об информации). Медицинская организация должна соблюдать режим конфиденциальности персональных данных - нормативно установленные правила, определяющие ограничения доступа, передачи и условия хранения персональных данных.

Закрепление обязанности медицинских организаций соблюдать врачебную тайну, а также обеспечивать конфиденциальность персональных данных корреспондирует с принципом соблюдения врачебной тайны (см. [комментарий к ст. 13 Закона](#)).

Персональные данные, а также сведения, составляющие врачебную тайну, формируются в медицинских информационных системах (см. [комментарий к ст. 91 Закона](#)).

5. Обеспечение применения разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств.

Лекарственные препараты - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

Приказом Минздравсоцразвития России от 30.10.2006 N 736 <1> утвержден Административный [регламент](#) Росздравнадзора по государственной регистрации лекарственных средств.

<1> БНА ФОИВ. 2006. N 52.

Среди специализированных продуктов лечебного питания можно выделить соответствующие продукты для детей-инвалидов. Они включают продукты лечебного питания без фенилаланина для детей-инвалидов, страдающих фенилкетонурией, согласно возрастным нормам, специализированные продукты лечебного питания без лактозы и галактозы для детей-инвалидов, страдающих галактоземией, согласно возрастным нормам, специализированные продукты лечебного питания без глютена для детей-инвалидов, страдающих целиакией, согласно возрастным нормам ([Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 09.01.2007 N 1).

Приказом Минздравсоцразвития России от 19.10.2007 N 657 утвержден Административный [регламент](#) Роспотребнадзора по исполнению государственной функции по государственной регистрации впервые внедряемых в производство и ранее не использовавшихся отдельных видов продукции, в том числе пищевых продуктов, впервые ввозимых на территорию Российской Федерации <1>.

<1> БНА ФОИВ. 2008. N 6.

[Постановление](#) Правительства РФ от 01.12.2009 N 982 к медицинским изделиям относит материалы хирургические, средства перевязочные (бинты марлевые медицинские), материалы хирургические, средства перевязочные, материалы хирургические, средства перевязочные (салфетки и отрезки марлевые медицинские), изделия ватно-марлевые медицинские, изделия медицинские эластичные фиксирующие и компрессионные, изделия медицинские из стекла (бутылки стеклянные для крови, кровезаменителей, трансфузионных и инфузионных препаратов).

Приказом Минздравсоцразвития России от 30.10.2006 N 735 <1> утвержден Административный [регламент](#) Росздравнадзора по исполнению государственной функции по регистрации изделий медицинского назначения.

<1> БНА ФОИВ. 2006. N 51.

Приказом Минздрава России от 10.11.2002 N 344 <1> утвержден [Порядок](#) государственной регистрации дезинфицирующих, дезинсекционных и дератизационных средств. Государственная регистрация дезинфицирующих, дезинсекционных и дератизационных средств осуществляется в соответствии с [Положением](#) о государственной регистрации и ведении государственного реестра отдельных видов продукции, представляющих потенциальную опасность для человека, а также отдельных видов продукции, впервые ввозимых на территорию РФ (утверждено Постановлением Правительства РФ от 04.04.2001 N 262 <2>).

<1> [Приказ](#) Минздрава России от 10.11.2002 N 344 "О государственной регистрации дезинфицирующих, дезинсекционных и дератизационных средств для применения в быту, в лечебно-профилактических учреждениях и на других объектах для обеспечения безопасности и здоровья людей" // БНА ФОИВ. 2003. N 6.

<2> [Постановление](#) Правительства РФ от 04.04.2001 N 262 "О государственной регистрации отдельных видов продукции, представляющих потенциальную опасность для человека, а также отдельных видов продукции, впервые ввозимых на территорию Российской Федерации" (ред. от 08.12.2010) // СЗ РФ. 2001. N 17. Ст. 1711.

6. Предоставление пациентам достоверной информации об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

7. Информирование 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.

Для выполнения указанной обязанности медицинские организации создают и поддерживают работу интернет-сайтов. Сайт (от англ. website: web - "паутина, сеть" и site - "место", буквально "место, сегмент, часть в Сети") - совокупность электронных документов (файлов) частного лица или организации в компьютерной сети, объединенных под одним адресом (доменным именем или IP-адресом). Информация, выкладываемая в Сети, должна быть достоверной и актуальной и содержать все необходимые сведения о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации (см. [комментарий к ст. 93 Закона](#)).

8. Обеспечение профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством РФ. Указанные мероприятия осуществляются медицинской организацией в рамках норм разд. IX ТК РФ ([ст. ст. 196 - 208](#)) и корреспондируют с правами медицинских работников и фармацевтических работников (см. [комментарий к ст. 72 Закона](#)).

9. Информирование органов 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.

Данная обязанность медицинской организации корреспондирует с положениями [ст. 16 Закона](#) и является одним из случаев изъятия из принципа соблюдения врачебной тайны, поскольку соответствующие сведения передаются медицинской организацией без согласия гражданина или его законного представителя (см. [комментарий к ст. 16 Закона](#)).

10. Осуществление страхования на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом. Согласно [ст. 4 Закона РФ от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации"](#) объектами личного страхования могут быть имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование). В целом данная обязанность отчасти корреспондирует с правом медицинских работников на страхование риска своей профессиональной ответственности.

Однако в данном случае может иметь место страхование, в котором страхователем выступает непосредственно медицинская организация. При этом она несет ответственность за действия непосредственного причинителя вреда: сотрудника медицинского учреждения, участвовавшего в оказании медицинской помощи пострадавшему.

Следует отметить, что при такой схеме отношений из страхования на случай причинения вреда жизни и здоровью пациента, при возмещении ущерба потерпевшему лицу медицинская организация получает право регресса к лицу, причинившему вред ([ст. 1081 ГК РФ](#)). Лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения.

11. Введение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Приказом Минздрава России от 12.08.2003 N 402 была утверждена и введена в действие первичная медицинская документация врача общей практики (семейного врача), а именно учетные формы: [N 039/у-ВОП "Дневник работы врача общей практики \(семейного врача\)"](#), [N 039-1/у-ВОП "Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики \(семейного врача\)"](#), [N 039/у-ВОП "Дневник работы врача общей практики \(семейного врача\)"](#), [N](#)

039-1/у-ВОП "Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)".

Медицинскими документами, содержащими сведения о состоянии здоровья пациентов, являются: медицинская карта амбулаторного больного, выписной эпикриз и другие документы. Приказом Минздрава России от 22.11.2004 N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" утверждены учетная [форма N 025/у-04](#) "Медицинская карта амбулаторного больного" и другие первичные медицинские документы: [талон](#) амбулаторного больного, контрольная [карта](#) диспансерного наблюдения, [направление](#) на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию и т.п.

Порядок ведения медицинской документации определяется уполномоченными органами государственной власти. В частности, [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н утвержден порядок ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти.

Медицинская отчетность предоставляется по видам, формам, в сроки и в объеме, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящий период следует отметить, что согласно [п. 6](#) Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 N 27) <1> медицинские учреждения обязаны вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг населению, составлять требуемую отчетность.

<1> СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 194.

Перечень сведений об оказании услуг частной медицинской организацией содержится в [Постановлении](#) Росстата от 12.11.2004 N 52 <1>, утвердившем статистический инструментарий для организации статистического наблюдения за оказанием платных услуг частными медицинскими организациями.

<1> Здравоохранение. 2005. N 2.

12. Обеспечение учета и хранения медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности. Учет и хранение медицинской документации должны обеспечивать ее сохранность в надлежащем виде. То же самое касается бланков строгой отчетности. Бланки рецептов на получение препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, имеют специальную форму и являются документами строгой отчетности. Использованные рецепты хранятся как документы строгой отчетности. Таким же правовым статусом бланка строгой отчетности обладают, например, листок нетрудоспособности, санаторно-курортные путевки, родовые сертификаты.

13. Проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрение безопасных методов сбора медицинских отходов и обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий.

[Часть 2 комментируемой статьи](#) содержит специальные обязанности для медицинских организаций, которые участвуют в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Причем обозначенные обязанности имеют дополнительный (субсидиарный) по отношению к перечисленным выше обязанностям характер. Итак, к специальным обязанностям таких организаций отнесены:

1) предоставление пациентам информации о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) обеспечение оказания медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) обеспечение проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление);

4) проведение пропаганды здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения.

Глава 10. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Комментарий к [статье 80](#)

Данная [статья](#) вступила в силу с 1 января 2012 г. Ранее этим вопросам была посвящена [ст. 20.1](#) Основ законодательства 1993 г., введенная Федеральным [законом](#) от 29.12.2006 N 258-ФЗ. Именно посредством этого акта статус Программы был закреплён на законодательном уровне.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи занимает особое место в системе государственных гарантий бесплатности медицинской помощи и в механизме реализации основных прав граждан в сфере охраны здоровья.

Правовой статус федеральной Программы неоднократно пересматривался в части определения действия норм во времени. [Постановлением](#) Правительства РФ от 11.10.1998 N 1096 "Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью" предусматривался ежегодный пересмотр Программы.

С принятием [Постановления](#) Правительства РФ от 29.11.2000 N 907 "О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью" Программа приобрела бессрочный характер.

Однако [Постановлением](#) Правительства РФ от 26.11.2004 N 690 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год" ранее действовавшие программы были признаны утратившими силу и вновь введена практика ежегодного пересмотра нормативов оказания гражданам бесплатной медицинской помощи каждый год.

Следует заметить, что к решению о том, что объем бесплатной медицинской помощи будет зависеть от единственной программы, законодатель пришел не сразу. В первоначальной редакции [ст. 20](#) Основ законодательства 1993 г. указывалось, что "гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования". В соответствии с Федеральным [законом](#) от 02.12.2000 N 139-ФЗ "О внесении изменений и дополнения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" [ч. 4 ст. 20](#) была изложена в следующей редакции: "Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи".

[Статьей 35](#) Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" вместо множества программ появилась одна Программа.

Определение объемов и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, является одним из важнейших полномочий Правительства РФ по созданию условий для реализации гражданами права на бесплатную медицинскую помощь.

Федеральным **законом** от 18.10.2007 N 230-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий" были скорректированы важнейшие юридически значимые параметры программы в части: определения видов, нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования, порядка и структуры формирования тарифов на медицинскую помощь, условий оказания медицинской помощи, критериев качества и доступности медицинской помощи.

В соответствии со **ст. 35** Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является базовая Программа обязательного медицинского страхования.

Если данная Программа направлена на определение видов, нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования, порядка и структуры формирования тарифов на медицинскую помощь, условий оказания медицинской помощи, критериев качества и доступности медицинской помощи, то базовая Программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

В базовой Программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

В то же время перечень видов помощи в рамках базовой Программы ОМС на уровне комментируемого **Закона** нельзя считать закрытым, поскольку Федеральным **законом** "Об обязательном медицинском страховании" Правительству РФ предоставлено право при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую Программу обязательного медицинского страхования.

1. **Частью первой комментируемой статьи** определены виды медицинской помощи, предоставляемые гражданам бесплатно в рамках Программы государственных гарантий. Закрепленный перечень видов в целом совпадает с четырьмя видами медицинской помощи, предусмотренными **ст. 32** Закона об охране здоровья. Имеющиеся расхождения, касающиеся того, что в комментируемой **статье** паллиативная медицинская помощь ограничена рамками медицинских организаций, следует трактовать с учетом положений **ст. ст. 2 и 32** названного Закона, согласно которым как медицинские организации следует рассматривать все организации (независимо от организационно-правовых форм и уставных целей), оказывающие медицинскую помощь установленных видов, форм и в предусмотренных условиях.

2. **Частью 2 комментируемой статьи** закрепляется право пациента на бесплатное получение лекарственных препаратов. Данное право может быть реализовано при наличии ряда условий:

1) медицинская помощь должна быть предусмотрена Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) вид медицинской помощи должен быть скоррелирован с условием ее оказания и (или) формой (первичная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара и в неотложной форме; специализированная медицинская помощь (в том числе высокотехнологичная), скорая медицинской помощи (в том числе скорая специализированная), паллиативная медицинская помощь во всех формах, но лишь в стационарных условиях);

3) объектом бесплатных притязаний являются не все лекарственные средства, а лишь лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным **законом** от 12.04.2010 N 61-ФЗ

"Об обращении лекарственных средств";

4) объектом бесплатных притязаний являются также медицинские изделия, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

В настоящее время действует [распоряжение](#) Правительства РФ от 07.12.2011 N 2199-р "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 год" <1>, а сам перечень формируется на основе [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 27.05.2009 N 276н "О порядке формирования проекта перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласно которому таковыми (ЖНВЛС) являются более 550 препаратов как зарубежного, так и российского производства.

<1> Российская газета. 2011. N 284.

Что касается права на бесплатное получение медицинских изделий, то согласно информационному [письму](#) Минздравсоцразвития России от 24.11.2011 N 14-3/10/2-11668 "О стандартах медицинской помощи" <1>, в котором воспроизведены нормы Федерального [закона](#) "Об обращении лекарственных средств", в стандарт медицинской помощи будут включены усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. То есть не все разнообразие медицинских изделий, используемых при стационарном лечении, должно быть предоставлено пациенту бесплатно, а лишь та группа медицинских изделий, которые имплантируются в организм человека.

<1> Опубликовано не было.

Несмотря на то что [ст. 37](#) комментируемого Закона допускается назначение и применение медицинских изделий, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи (в случае наличия медицинских показаний по решению врачебной комиссии), при буквальном толковании данной статьи невключение медицинского изделия в стандарт означает невозможность его финансирования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Если в отношении лекарственных препаратов вне перечня ЖНВЛС установлено исключение (см. [ч. 3 комментируемой статьи](#)), позволяющее их финансировать за счет источников программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то в отношении изделий медицинского назначения комментируемым Законом подобных оговорок не предусмотрено.

3. В целях установления законодательных преград для процесса замещения бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами, необоснованного взимания денег с граждан при оказании медицинской помощи [ч. 3 рассматриваемой статьи](#) перечислены те медицинские и связанные с ними услуги, которые являются бесплатными для граждан.

При определении перечня бесплатных услуг следует иметь в виду, что в основном его образуют те услуги, которые и ранее должны были быть бесплатными для граждан. При этом законодатель счел нужным еще раз подтвердить бесплатный характер оказания медицинских услуг, назначения и применения лекарственных препаратов в оговоренных законом случаях, размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям.

Также уточнены некоторые нормы, с тем чтобы не допустить такого их толкования, которое могло бы привести к взиманию платы с населения (назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям).

Новым является право на бесплатное нахождение в стационаре (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.

В связи с тем что в комментируемом [Законе](#) предпринята попытка более четкого отграничения бесплатных медицинских услуг от платных, особое внимание уделено правам граждан на бесплатное получение услуг, не являющихся медицинскими, но без которых оказание медицинской помощи пациенту либо невозможно, либо (при оплате сопутствующих услуг) теряется бесплатный характер самой медицинской помощи.

Речь идет о том, что бесплатными являются транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту, а также транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

4. [Частью 4 комментируемой статьи](#) впервые предусмотрено, что Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством РФ.

С 2007 г. (Федеральный [закон](#) от 18.10.2007 N 230-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий") на законодательном уровне предусмотрено ежегодное рассмотрение Правительством РФ доклада о реализации Программы, который представляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Ранее в [Основах законодательства](#) 1993 г. более четко определялся орган, ответственный за представление доклада: им мог быть только федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Сегодня определить такой орган стало более сложно, поскольку в комментируемой [статье](#) он не обозначен. Более того, согласно [Постановлению](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" (ред. от 08.12.2011) среди функций данного министерства функция по подготовке доклада не указана, а осуществлять иные функции в установленной сфере деятельности министерство может лишь в том случае, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ <1>.

<1> Заметим, что в ранее действовавшем [Постановлении](#) Правительства РФ от 29.04.2002 N 284 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации" закреплялась функция в связи с подготовкой докладов о реализации программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

В то же время подготовку федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения подобных докладов можно считать сложившейся традицией.

С момента вступления в силу [Постановления](#) Правительства РФ от 29.11.2000 N 907 "О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью" (утратил силу с 1 января 2005 г. в связи с изданием [Постановления](#) Правительства РФ от 26.11.2004 N 690) до 2005 г. действовало правило о том, что Министерству здравоохранения РФ необходимо представлять ежегодно, к 1 октября, в Правительство РФ доклад о ходе реализации [Программы](#) государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью и предложения по ее совершенствованию.

С 2004 г. в постановлениях Правительства РФ об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (например, от 26.11.2004 [N 690](#) "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год", от 04.10.2010 [N 782](#) "О Программе государственных

гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год", от 21.10.2011 N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год") Минздравсоцразвития России давались поручения вносить в Правительство РФ до 1 июля следующего за отчетным годом доклад о реализации данной Программы.

Ранее Минздравсоцразвития России совместно с ФФОМС были утверждены Методические **рекомендации** по порядку заполнения и представления отчета по **форме N 62** "Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи" <1>, назначение которых состояло в том, что на основе унифицированных данных, которые обобщает и анализирует министерство, оно и готовит доклад о ходе реализации названной Программы для представления в Правительство РФ.

<1> Опубликованы не были.

Ознакомиться с докладами (например, Докладом о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 году; Отчетом от 6 июля 2011 г. "Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году" и др.) можно на официальном сайте Минздравсоцразвития России <1>.

<1> URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/otchety/4>.

5. **Частью 5 комментируемой статьи** закреплены требования к содержанию Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющие структуру и содержание постановления Правительства РФ, которым утверждается Программа. В **Постановлении** Правительства РФ от 21.10.2011 N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год" определены:

1) виды и условия оказания медицинской помощи, но согласно требованиям комментируемой **статьи** в дальнейшем надлежит определять формы и условия, с учетом того что виды (в ряде случаев и формы и условия) уже определены Законом;

2) случаи (заболеваний и состояний), при которых оказание медицинской помощи осуществляется бесплатно;

3) отдельные категории граждан, оказание медицинской помощи (лекарственного обеспечения) которым осуществляется бесплатно;

4) базовая Программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании;

5) средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

6) требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев ее доступности.

Сравнительный анализ действующей Программы и требований, установленных к ней комментируемой **статьей**, показывает, что структура и содержание действующей Программы могут быть использованы при разработке следующих программ с незначительными корректировками.

6. **Частью 6 комментируемой статьи** определены требования к содержанию той части нормативных предписаний Программы, которые будут касаться финансовых вопросов. С учетом того что требования, касающиеся финансирования Программы за счет средств обязательного медицинского страхования,

регулируются Федеральным [законом](#) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", комментируемая [статья](#) содержит требования в части бюджетных ассигнований федерального бюджета для реализации программы государственных гарантий.

В отличие от действующей сегодня [Программы](#), содержащей положения о бюджетных ассигнованиях из федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов, в будущих программах государственных гарантий должны быть определены: перечень видов, форм и условий медицинской помощи, перечень заболеваний, состояний; порядок и условия оказания медицинской помощи, целевые значения критериев доступности медицинской помощи, но лишь за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

7. [Частью 7 рассматриваемой статьи](#) закреплено требование о том, что Программа формируется на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом порядков оказания медицинской помощи и особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения РФ.

Согласно [ст. 37](#) комментируемого Закона порядок оказания медицинской помощи и ее стандарты утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Следовательно, содержание акта Правительства РФ будет зависеть не только от норм федерального законодательства и актов вышестоящей юридической силы, но и актов федерального министерства (в случае восприятия существующей модели регуляции: см. [комментарий к ст. 37](#)), стоящих на более низкой ступени в иерархии актов, нежели нормативные правовые акты Правительства РФ.

В результате применения этой модели может возникнуть негативная ситуация, когда заведомо не отвечающие интересам пациентов стандарты и порядки (например, содержащие недостаточное и минимальное количество медицинских действий, не предусматривающие тех или иных лекарственных средств или медицинских изделий и т.п.) будут использованы для определения объема финансирования Программы.

Отношения в связи с определением особенностей половозрастного состава застрахованных лиц, уровень и структура заболеваемости населения РФ в настоящее время не имеют специальной нормативной правовой регуляции, за исключением имеющегося в [Приказе](#) Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" указания на то, что при этом учитываются данные медицинской статистики.

Статья 81. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Комментарий к [статье 81](#)

Настоящая [статья](#) вступила в силу с 1 января 2012 г., как, впрочем, и [ст. 36](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", закрепляющая требования к территориальной программе обязательного медицинского страхования (ОМС).

1. [Частью 1 рассматриваемой статьи](#) установлен приоритет норм законодательства об ОМС над нормами комментируемого Закона в части правового регулирования отношений, в связи с разработкой и принятием территориальных программ ОМС, что соответствует реализации принципа главенства специальных норм над общими.

[Частью 1 ст. 36](#) Федерального закона об ОМС указано, что территориальная программа ОМС утверждается в порядке, установленном законодательством субъекта РФ. При этом согласно [ч. 11 этой статьи](#) размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС устанавливается в особом нормативном правовом акте - законе о бюджете территориального фонда.

[Часть 9 ст. 36](#) Федерального закона об ОМС, не указывая, какой орган должен принимать территориальную программу и какую форму должен иметь соответствующий нормативный правовой акт, тем не менее устанавливает требования к процессу разработки территориальной программы. Во-первых, проект не может быть разработан в соответствии со сложившимися в субъектах РФ общими правилами разработки проектов нормативных правовых актов. Для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте РФ должна быть создана комиссия по разработке такой программы. При этом

установлены:

1) требования к составу этой комиссии: а) представители органа исполнительной власти субъекта РФ, б) представители территориального фонда, в) представители страховых медицинских организаций и медицинских организаций, г) представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта РФ;

2) требование к соотношению представительства указанных организаций - на паритетных началах, т.е. основанное на принципе равного представительства сторон;

3) легитимность деятельности комиссии, а соответственно, и разрабатываемого ею акта будет обеспечена лишь в том случае, если в субъекте РФ будет разработан специальный акт о создании комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Частью 9 ст. 36 Федерального закона об ОМС однозначно установлено: положение о комиссии по разработке территориальной программы ОМС является приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н Правила обязательного медицинского страхования (утверждены Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н) были дополнены Положением о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Поэтому на уровне субъектов РФ положения о деятельности данных комиссий не разрабатываются (за редким исключением <1>), но в большинстве субъектов РФ приняты акты о составе комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

<1> Например, Постановление правительства Белгородской области от 27.12.2011 N 485-пп "Об утверждении положения о деятельности и состава комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования Белгородской области".

Данного рода акты имеют различную форму: Постановления (например, постановление правительства Ульяновской области от 10.01.2012 N 5-п "Об утверждении состава комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области") или распоряжения (например, распоряжение правительства Нижегородской области от 12.10.2011 N 2071-р "О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Нижегородской области").

В связи с принятием Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и ряда конкретизирующих его положения актов подзаконного характера наблюдается тенденция к унификации программ, принимаемых в субъектах РФ по вопросам охраны здоровья граждан. Так, уходят в прошлое имевшиеся ранее муниципальные программы ОМС (например, постановление Исполнительного комитета Аксубаевского муниципального района от 09.04.2009 N 72 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Аксубаевского муниципального района Республики Татарстан на 2009 год", постановление администрации города Белокурихи от 02.07.2010 N 837 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам г. Белокурихи бесплатной медицинской помощи в 2010 году" <1>).

<1> СПС.

Но на уровне субъектов РФ сохраняется предусмотренное законом разнообразие форм актов, утверждающих территориальные программы ОМС. Это могут быть:

1) законы субъектов РФ (например, Закон Кемеровской области от 20.12.2011 N 140-ОЗ "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год");

2) постановления органов исполнительной власти (Постановление администрации Алтайского края от 17.01.2012 N 11 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2012 год", Постановление правительства Амурской области от 28.12.2011 N 958 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания населению Амурской области бесплатной медицинской помощи на 2012 год");

3) постановления представительных (законодательных) органов субъекта РФ (например, Постановление Законодательного Собрания Вологодской области от 16.11.2011 N 631 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2012 год").

Наиболее распространенной практикой является принятие территориальных программ правительством или администрацией субъекта РФ. Во всех случаях принятые документы имеют форму нормативного правового акта и обязательны для исполнения на соответствующей территории и в определенный период.

2. **Части 2 и 4 комментируемой статьи** закрепляют правила общего характера, касающиеся содержания территориальных программ ОМС. При этом названы элементы (разделы), обязательные для подобных программ, и обстоятельства, которые должны быть учтены при формировании программ.

В последнем случае помимо общих как для государственной программы, так и для территориальных программ факторов (порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения) при формировании территориальных программ надлежит учитывать климатические и географические особенности региона и транспортную доступность медицинских организаций и сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Разработанные с учетом требований федерального законодательства об обязательном медицинском страховании территориальные программы <1> состоят из собственно программ (основу которых составляет перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемых гражданам бесплатно за счет бюджета субъекта РФ и средств бюджета территориального фонда ОМС) и многочисленных приложений <2>:

<1> Постановление Законодательного Собрания Вологодской области от 16.11.2011 N 631 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2012 год". Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области. URL: http://new.oms35.ru/document/territorialn/pr_gosgaranti_budget.

<2> Анализ дан на основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2012 год, являющейся примером наиболее развернутой структуры данного документа.

1) условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, размещение в палатах стационарных медицинских организаций, порядок ведения листа ожидания, порядок публикации листа ожидания с учетом требований законодательства о персональных данных, условия размещения лиц по уходу за детьми, порядок направления в дневные стационары, а также на госпитализацию в больничные учреждения;

2) порядок реализации установленного законодательством РФ права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях здравоохранения области;

3) перечни лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и расходных материалов, необходимых для оказания стационарной, скорой, неотложной, а также амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;

4) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

5) перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

6) государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации Программы;

7) утвержденная стоимость Программы по источникам ее финансирования;

8) утвержденная стоимость Программы по условиям ее предоставления;

9) способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию;

10) целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

При закреплении в территориальных программах перечней лекарственных препаратов, отпускаемых населению на льготных условиях (бесплатно или при 50-процентной оплате) субъекты РФ должны учитывать [Постановление](#) Правительства РФ от 30.07.1994 N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения".

Данным актом установлен перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно. Так, например, дети первых 3 лет жизни и дети из многодетных семей до 6 лет, лица, больные СПИДом, ВИЧ-инфекцией, имеют право на бесплатное получение всех лекарственных средств. Больные диабетом согласно данному акту имеют право на бесплатное получение всех лекарственных средств, этилового спирта (100 г в месяц), инсулиновых и иных шприцев, игл к ним и средств диагностики.

Территориальная программа должна определять целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи. Показатели качества медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий рассчитываются исходя из следующих критериев <1>:

<1> Согласно информационному [письму](#) Минздравсоцразвития России от 17.12.2010 N 202/10/2-12028 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год".

удовлетворенность населения медицинской помощью - в процентах от числа опрошенных;

число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом - на 100000 населения;

число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, - на 10000 населения соответствующего возраста;

смертность населения - на 1000 населения;

смертность населения в трудоспособном возрасте - на 100000 населения соответствующего возраста;

смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, внешних причин, в результате дорожно-транспортных происшествий - на 100000 населения;

материнская смертность - на 100000 родившихся живыми;

младенческая смертность - на 1000 родившихся живыми; охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза (в процентах).

В большинстве вступивших в силу территориальных программ на 2012 г. пока не учтено требование к структуре, отсутствовавшее в [ст. 36](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", но имеющееся в комментируемой [статье](#). Речь идет об обособленном перечне мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни.

3. [Частью 3 комментируемой статьи](#) закреплено правило о том, что территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды, объемы и условия оказания медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

Данная норма является более общей по отношению к ранее закрепленным в [ст. 36](#) Федерального закона об ОМС предписаниям: территориальная программа ОМС может включать перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой Программой обязательного медицинского страхования. Заметим, что комментируемая норма предусматривает возможность не только превышения по сравнению с базовой Программой ОМС, но и изменения (увеличения количественных показателей) стандартов медицинской помощи.

В соответствии со [ст. 36](#) Федерального закона об ОМС допускается, что норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой Программой ОМС норматив ее финансового обеспечения. Это возможно лишь в двух случаях: 1) установление дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, уже установленным базовой Программой ОМС; 2) установление дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, превышающих аналогичные параметры, установленные базовой Программой ОМС.

В обоих из вышеуказанных случаях финансовое обеспечение территориальной программы ОМС осуществляется за счет платежей субъектов РФ. При этом в бюджет территориального фонда уплачивается сумма, равная разнице между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой Программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ. Плательщиком выступает субъект РФ.

Приложением N 2 к Правилам обязательного медицинского страхования утверждена форма, т.е. перечень параметров, которые надлежит указывать при составлении реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Объемы медицинской помощи Минздравсоцразвития России (информационное [письмо](#) Минздравсоцразвития России от 17.12.2010 N 20-2/10/2-12028) рекомендовано корректировать с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций. При определении размера предусмотренных Правительством РФ нормативов принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до 17 лет включительно) и взрослых: 22% (коэффициент 0,22) и 78% (коэффициент 0,78) соответственно.

Рекомендуемые нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1000 жителей необходимо прежде всего корректировать с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих особенности демографического состава населения субъекта РФ. Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в процентах или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории на соответствующие показатели по Российской Федерации.

При этом следует учитывать многочисленную судебную практику, сложившуюся на основе рассмотрения судами дел об установлении в территориальных программах объема медицинской помощи. Проводя сравнительный анализ положений федеральной и территориальных программ, суды (Определения Верховного Суда РФ от 08.09.2010 [N 7-Г10-9](#) и от 08.09.2010 [N 19-Г10-12](#)) весьма часто

приходят к выводу о том, что установленные субъектами РФ нормативы объема медицинской помощи являются более низкими, чем это предусмотрено Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на соответствующий год.

Если в вышеназванных решениях Верховный Суд дает оценку неверного использования в субъектах РФ [письма](#) Минздравсоцразвития России, не имеющего нормативного характера, то в [Определении](#) Верховного Суда РФ от 17.11.2010 N 31-Г10-13 дана оценка тому факту, что установленные в федеральной Программе нормативы объема медицинской помощи являются средними, в связи с чем органы государственной власти субъектов РФ вправе их уменьшить.

По мнению Суда, само по себе указание о среднем уровне нормативов не свидетельствует о наличии у субъекта РФ права произвольно устанавливать нормативы объема медицинской помощи в размере меньшем, нежели установленные федеральной Программой, а предусмотренная ею возможность корректировать их с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ не наделяет их правом занижать указанные нормативы.

4. [Частью 5 комментируемой статьи](#) закреплено полномочие федерального органа исполнительной власти по ежегодному осуществлению мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Уполномоченный орган при этом производит и оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Согласно [Постановлению](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" Минздравсоцразвития России обобщает практику применения законодательства и проводит анализ реализации государственной политики и осуществляет иные функции в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ.

Однако пока полномочия в связи с осуществлением мониторинга формирования, экономического обоснования и оценкой территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, за Минздравсоцразвития России не закреплены.

Глава 11. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 82. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 82](#)

Источниками финансирования и оплаты услуг, предоставляемых лечебными учреждениями в сфере охраны здоровья, являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов за счет бюджетных ассигнований ^{<1>} в рамках исполнения публичных обязательств, т.е. обусловленных законом, иным нормативным правовым актом расходных обязательств публично-правового образования перед физическим или юридическим лицом, иным публично-правовым образованием, подлежащих исполнению в установленном соответствующим законом, иным нормативным правовым актом размере; средств обязательного медицинского страхования ^{<2>}, которые формируются за счет:

^{<1>} [Статья 6](#) Бюджетного кодекса РФ от 31.07.1998 N 145-ФЗ.

^{<2>} Федеральный [закон](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

1) доходов от уплаты:

а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

б) недоимок по взносам, налоговым платежам;

в) начисленных пеней и штрафов;

2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) средств бюджетов субъектов РФ, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством РФ и законодательством субъектов РФ;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством РФ <1>;

<1> [Статья 21](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

б) средств организаций и граждан, средств, поступивших от физических и юридических лиц, в том числе добровольных пожертвований, и иных не запрещенных законодательством РФ источников.

Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения

Комментарий к [статье 83](#)

Настоящая [статья](#) содержит перечень источников финансирования обеспечения оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, оказания гражданам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, такие как средства обязательного медицинского страхования, которые формируются за счет:

1) доходов от уплаты:

а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

б) недоимок по взносам, налоговым платежам;

в) начисленных пеней и штрафов;

2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) средств бюджетов субъектов РФ, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством РФ и законодательством субъектов РФ;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством РФ <1>;

<1> Федеральный [закон](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

6) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. **Программа** <1> государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на ее территории бесплатно.

<1> **Постановление** Правительства РФ "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с **Программой** разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2012 г. (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования). В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, медицинской помощи работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, а также оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

Орган государственной власти субъекта РФ вправе за счет доходов бюджета субъекта РФ и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта РФ органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта РФ по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных **Программой** соответствующих нормативов определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не включенных в базовую Программу обязательного медицинского страхования, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой Программой обязательного медицинского страхования, при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования не ниже уровня 2010 г., в том числе в пределах базовой Программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь на территории РФ оказывается за счет ассигнований федерального бюджета, бюджета субъекта РФ, местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта РФ органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта РФ по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) и средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается медицинская помощь, оказываемая в соответствии с базовой Программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы и определяющей права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи на всей территории РФ.

В рамках базовой Программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи),

специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь, а также осуществляется обеспечение необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, в рамках реализации базовой Программы обязательного медицинского страхования может финансироваться медицинская помощь, предоставляемая в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

За счет ассигнований федерального бюджета предоставляются: дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства;

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения Российской академии наук, Сибирского отделения Российской академии наук при условии размещения в этих учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Минздравсоцразвития России;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России;

медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством РФ;

дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, дополнительная диспансеризация работающих граждан, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний и другие направления) в соответствии с законодательством РФ;

скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, оказываемая федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, за исключением затрат, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования;

лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством РФ, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством РФ.

За счет ассигнований федерального бюджета предоставляются субсидии бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную

медико-санитарную помощь, либо (при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований) соответствующих учреждений здравоохранения субъекта РФ, либо (при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъекта РФ) медицинских организаций, в которых в порядке, установленном законодательством РФ, размещен муниципальный заказ, за исключением учреждений здравоохранения, подведомственных главным распорядителям средств федерального бюджета.

За счет ассигнований федерального бюджета, предоставленных в установленном порядке бюджетам субъектов РФ и бюджету г. Байконура, оказывается государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

За счет ассигнований бюджетов субъектов РФ предоставляются:

скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов РФ, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Минздравсоцразвития России, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов РФ дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России;

лекарственные препараты в соответствии с перечнем групп:

населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, включая обеспечение граждан лекарственными препаратами, предназначенными для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем, утверждаемым Правительством РФ;

населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет ассигнований местных бюджетов, за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством РФ оказывается федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, могут предоставляться виды медицинской помощи, предусмотренные Программой, в случае наделения в соответствии с законом субъекта РФ органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта РФ по решению вопросов организации оказания медицинской помощи.

В соответствии с законодательством РФ расходы соответствующих бюджетов включают обеспечение медицинских организаций лекарственными препаратами, в том числе иммунобиологическими лекарственными препаратами, донорской кровью и ее компонентами, иными средствами, изделиями медицинского назначения и дезинфекционными средствами.

Кроме того, за счет ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных

бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта РФ органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта РФ по решению вопросов организации оказания медицинской помощи) в установленном порядке предоставляются медицинская помощь, медицинские и иные услуги в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую Программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Минздравсоцразвития России, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи <1>, оказываемой в соответствии с [Программой](#) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют:

<1> [Постановление](#) Правительства "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 1710,1 рубля;

на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) - 218,1 рубля, в том числе 169,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров - 478 рублей, в том числе 470,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях - 1380,6 рубля, в том числе 1167 рублей - за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой Программы обязательного медицинского страхования, включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации).

В состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные [Программой](#), отражают размер бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо в год.

Финансовое обеспечение [Программы](#) в части расходных обязательств Российской Федерации осуществляется в объемах, предусмотренных в федеральном бюджете на 2012 г.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются

органом государственной власти субъекта РФ исходя из нормативов, предусмотренных [разд. IV и V](#) Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается законом субъекта РФ не позднее 25 декабря 2011 г. в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные [Программой](#) (без учета расходов федерального бюджета), установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств обязательного медицинского страхования - на 1 застрахованное лицо и составляют в среднем 7633,4 рубля, из них:

4102,9 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

3530,5 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности указанных в [последнем абзаце разд. III](#) Программы медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, а также связанные с ними объемы страхового обеспечения утверждаются территориальной программой обязательного медицинского страхования отдельно от установленных базовой программой обязательного медицинского страхования оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, объемов соответствующего страхового обеспечения.

Статья 84. Оплата медицинских услуг

Комментарий к [статье 84](#)

Данная [статья](#) определяет условия оказания альтернативных бесплатной медицине платных медицинских услуг, а также особенности их оплаты.

В целях обеспечения защиты прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, разграничения порядков предоставления платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи в Закон включена [ст. 84](#) "Оплата медицинских услуг", в которой конкретизируется порядок оказания платных медицинских услуг гражданам.

Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

В свою очередь, платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

Таким образом, законодательство предоставляет гражданам право выбора основы (платной или бесплатной) получения медицинской помощи. При этом при оказании платных медицинских услуг со стороны медицинских организаций должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

Законом предусмотрено, что платные медицинские услуги могут оказываться как в полном объеме стандарта оказания медицинской помощи, так и в качестве разовых консультаций, процедур, диагностических исследований и иных услуг, в том числе сверх выполняемых стандартов медицинской помощи ([ч. 4 ст. 84 Закона](#)).

Согласно [ч. 5 комментируемой статьи](#) медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги в случаях, если:

1) оказание услуги осуществляется на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) оказание медицинских услуг осуществляется анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;

3) услуги оказываются гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами РФ;

4) имеет место самостоятельное обращение за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных [ст. 21](#) комментируемого Закона (имеется в виду выбор врача и медицинской организации).

Впервые четко определены условия оказания платных медицинских услуг гражданам, соблюдение которых позволит разграничить их предоставление с бесплатной медицинской помощью, оказываемой в рамках территориальных программ государственных гарантий. Кроме того, закреплена важная гарантия реализации оказания бесплатной медицинской помощи. В частности, как установлено [ч. 6 ст. 84 Закона](#), отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Система законодательства, закрепляющего права потребителей в сфере медицинских услуг, строится по двум уровням. В систему общего законодательства, действующего в сфере любых услуг, включая медицинские, входят [гл. 39 Гражданского кодекса РФ 1996 г.](#) ^{<1>} и [Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей"](#) ^{<2>}.

^{<1>} СЗ РФ. 1996. N 5. Ст. 410.

^{<2>} Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. N 15. Ст. 766.

В соответствии с [ч. 7 ст. 84 Закона](#) об охране здоровья порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством РФ. На данный момент по этому вопросу действует известное Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 N 27 ^{<1>}, которым утверждены [Правила](#) предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

^{<1>} СЗ РФ. 1996. N 3. Ст. 194.

Принципиальным моментом является оговорка законодателя о том, что к отношениям, связанным с

оказанием платных медицинских услуг, применяются положения [Закона](#) РФ "О защите прав потребителей" (ч. 8 ст. 84). Это важно, поскольку в этом случае граждане, обратившиеся за платной медицинской помощью, вправе рассчитывать на гарантии, которые предоставляет им потребительское законодательство. Одновременно наличие такой нормы в [Законе](#) исключает возможность двойного толкования статуса пациента в платной медицине и споров, вытекающих из необходимости доказывания факта наличия у гражданина прав потребителя.

В связи с этим следует отметить, что [Закон](#) об охране здоровья предоставляет и информационные права пациентам-потребителям. В частности, подтверждает это наличие в [Законе](#) [ст. 93](#), закрепляющей перечень сведений о лицах, которые участвуют в оказании медицинской помощи. В основном это осуществляется в целях ведения персонализированного учета, посредством которого осуществляется обработка персональных данных о лицах, участвующих в оказании медицинских услуг.

На наш взгляд, пробелом правового регулирования в рассматриваемой сфере является отсутствие в [Законе](#) понятий "медицинские услуги" и "платные медицинские услуги". Известное их дефинитивное соотношение позволило бы четко определить степень гарантированности медицинской помощи, оказываемой в рамках государственных гарантий. Отметим, что упомянутые выше [Правила](#) также не содержат определения платных медицинских услуг.

Обращение внимания на проблему отсутствия надлежащего дефинитивного аппарата не случайно и вполне оправданно: в современной литературе предлагаются собственные альтернативные определения медицинской услуги. Так, по мнению Ю.В. Данилочкиной, медицинская услуга - "это совокупность профессиональных возмездных целесообразно необходимых действий исполнителя, в отдельных случаях - встречных со стороны пациента (заказчика, потребителя), направленных на удовлетворение потребностей последнего в форме определенного состояния здоровья" <1>.

<1> Данилочкина Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг: Дис. ... канд. юрид. наук. Самара, 2003. С. 69.

В свою очередь, Н.В. Зайцева предлагает под медицинской услугой понимать предпринимательскую деятельность, осуществляемую на профессиональной основе, смысл которой заключается в выполнении в интересах конкретного гражданина комплекса медицинских мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость <1>.

<1> Зайцева Н.В. Договор по оказанию медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Волгоград, 2004. С. 6.

Как видно из указанных авторских определений, понятие медицинской услуги сводится к ее платному характеру, обусловленному возмездными началами экономической деятельности в здравоохранении. Во многом такой взгляд объясняется чисто рыночным подходом к рассмотрению сущности отношений, вытекающих из предоставления медицинских услуг.

Естественно, рыночные начала в медицине развивают оборот такого рода услуг. Да и, собственно, сама услуга рассматривается как товар особого рода, не имеющий материального воплощения и результата <1>. Как известно, в настоящее время в полной мере законодательно не урегулированы вопросы предоставления гражданам платных медицинских услуг. Это приводит к нерегулируемому росту объемов платных медицинских услуг, замещению ими бесплатной медицинской помощи, развитию теневого рынка медицинских услуг и снижению доступности в получении медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

<1> Тихомиров А.В. [Законодательные проблемы регулирования рынка](#) медицинских услуг // Российская юстиция. 2010. N 5. С. 50 - 52.

Глава 12. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 85. Контроль в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 85](#)

Настоящая [статья](#) посвящена общим направлениям контроля, организуемого в сфере охраны здоровья. Следует учесть, что регулирование соответствующих контрольных мероприятий, как, собственно, и объединение их в рамках одной [гл. 12](#) "Организация контроля в сфере охраны здоровья", является принципиально новым нормативным институтом законодательства о здравоохранении, призванным нормативно обеспечить институционализацию деятельности контрольных механизмов в обозначенной области общественных отношений на практике. Собственно, сам контроль должен упорядочивать и координировать деятельность в сфере охраны здоровья.

Вместе с тем следует отметить, что смысловая нагрузка названия [статьи](#) "контроль в сфере охраны здоровья" несколько уже ее содержательной части, поскольку положения статьи не только называют направления по контролю, но и в качестве таковых упоминают также надзор. Хотя надо учесть, что термины "контроль" и "надзор" - сами по себе понятия неравнозначные.

В литературе уделялось значительное внимание соотношению этих двух терминов и позиций ученых, с одной стороны, исходящих из отождествления этих понятий <1>, а с другой - считающих, что природа этих двух правовых явлений далеко не однозначна. В свою очередь, и законодательство, например Федеральный [закон](#) от 08.08.2001 N 134-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)" <2>, определяет тождественность контроля и надзора.

<1> См., например: Лунев А.Е. Обеспечение законности в советском государственном управлении. М., 1963. С. 4.

<2> СЗ РФ. 2001. N 33 (ч. I). Ст. 3436.

"Контроль - это функция управления, для которой характерна система наблюдения и проверки соответствия процесса функционирования объекта принятым управленческим решениям, выявление результатов воздействия субъекта на объект, допущенных отклонений, корремирование" <1>.

<1> Афанасьев В.Г. Научное управление обществом. М.: Политиздат, 1968.

По мнению Н.Г. Салищевой, "административный надзор является методом надведомственного контроля и отличается от контроля тем, что орган, его осуществляющий, не проверяет всей работы подконтрольного объекта, а сосредоточивает внимание на выполнении лишь небольшого числа норм и правил" <1>.

<1> Народный контроль в СССР / Под ред. В.И. Туровцева. М., 1967. С. 217.

Из этого же исходит М.С. Студеникина, утверждая при этом, что "структурно административный надзор проявляется ограничением пределов его компетенции проверкой только законности действий конкретного объекта. Надзор - своего рода суженный контроль, но суженный только в отношении сферы своего приложения" <1>. Не случайно Ю.А. Тихомиров органы межотраслевой компетенции - органы административного надзора - определяет в качестве органов межведомственного контроля <2>. Таким образом, достаточно весомое основание в большем по сравнению с надзором объеме функций контроля заложено рассуждениями многих авторов. Административный надзор осуществляется в отношении неподчиненных объектов, выделяется из контроля, что, по нашему мнению, служит критерием отнесения его к разновидности надзорной деятельности.

<1> Студеникина М.С. Государственный контроль в сфере управления. М.: Юрид. лит., 1974. С. 18.

<2> Тихомиров Ю.А. Государственная власть и проблемы управления в советском обществе: Автореф. дис. ... докт. юрид. наук. М., 1968. С. 479.

Контроль в своем содержании определяет проверку законности и целесообразности с одновременным регулированием деятельности, а надзор - разновидность государственного надведомственного контроля - внешнее наблюдение объекта.

Контроль и надзор в сфере здравоохранения осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) <1>. В рамках утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 [Положения](#) об указанном органе исполнительной власти. В соответствии с Положением к компетенции службы, в частности, отнесены: контроль и надзор за соблюдением государственных стандартов социального обслуживания ([5.1.2](#)); контроль за порядком производства медицинской экспертизы ([5.1.3.1](#)); производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения ([5.1.3.6](#)); соблюдением стандартов качества медицинской помощи ([5.1.3.8](#)); применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов ([5.1.3.10](#)); реализацией мероприятий программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь ([5.1.3.11](#)), и т.п.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития" (ред. от 24.03.2011) // СЗ РФ. 2004. N 28. Ст. 2900.

В рассматриваемой [статье](#) обозначены направления контроля, некоторые из которых находят последовательное нормативное раскрытие в комментируемом Законе. Имеются в виду контроль качества и безопасности медицинской деятельности ([ст. 87](#)), а также его отдельные виды ([ст. ст. 88 - 90](#)), государственный контроль за безопасностью медицинских изделий ([ст. 95](#)), мониторинг безопасности медицинских изделий ([ст. 96](#)).

Следует остановиться на тех направлениях контроля в сфере охраны здоровья, которые не получают дальнейшего развития в комментируемом [Законе](#), а именно на государственном контроле в сфере обращения лекарственных средств, а также государственном санитарно-эпидемиологическом надзоре.

Государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств осуществляется в соответствии с положениями [гл. 4](#) Федерального закона об обращении лекарственных средств. При этом в конкретные направления контроля включен не только собственно сам контроль за обращением лекарственных средств, но и лицензирование производства лекарственных средств и фармацевтической деятельности ([ст. 8](#)).

Лицензирование производства лекарственных средств и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" <1>, который в рамках перечня видов деятельности, на которые требуются лицензии, предусматривает также медицинскую ([п. 46 ч. 1 ст. 12](#)) и фармацевтическую ([п. 47 ч. 1 ст. 12](#)) деятельность.

<1> СЗ РФ. 2011. N 19. Ст. 2716.

Постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 N 30 <1> утверждено [Положение](#) о лицензировании медицинской деятельности, Постановлением Правительства РФ от 06.07.2006 N 416 <2> - [Положение](#) о лицензировании фармацевтической деятельности.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 22.01.2007 N 30 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" (ред. от 24.09.2010) // СЗ РФ. 2007. N 5. Ст. 656.

<2> [Постановление](#) Правительства РФ от 06.07.2006 N 416 "Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности" (ред. от 28.07.2011) // СЗ РФ. 2006. N 29. Ст. 3250.

Как следует из [ч. ч. 2 и 3 ст. 8](#) Закона об обращении лекарственных средств, обязательным условием предоставления лицензии на производство лекарственных средств является приложение к заявлению соискателя лицензии перечня лекарственных форм и (или) видов фармацевтических субстанций, которые производитель лекарственных средств намерен производить.

В случае необходимости расширения производства лекарственных средств за счет новых лекарственных форм и видов фармацевтических субстанций производитель лекарственных средств должен получить новую лицензию на производство лекарственных средств.

Что касается непосредственно вопросов контрольной деятельности за обращением лекарственных средств, та она регламентируется, как указано выше, положениями [ст. 9](#) Закона об обращении лекарственных средств. Следует обратить внимание на ряд принципиальных положений названной статьи.

Государственному контролю подлежат все лекарственные средства, произведенные на территории РФ и ввозимые на территорию РФ.

Государственный контроль при обращении лекарственных средств осуществляется уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, т.е. Росздравнадзором, Россельхознадзором, ФСКН России и органами исполнительной власти субъектов РФ в соответствии с их полномочиями.

К полномочиям органов исполнительной власти субъекта РФ при обращении лекарственных средств относится осуществление контроля за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, организациями оптовой торговли, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность.

Особое значение в данной сфере имеет информационная система, обеспечивающая субъектов обращения лекарственных средств необходимой информацией. В этих целях был издан [Приказ](#) Минздрава России от 28.05.2003 N 224 "Об утверждении Положения об информационной системе, обеспечивающей субъекты обращения лекарственных средств необходимой информацией" <1>.

<1> БНА ФОИВ. 2003. N 37.

В комментируемой [статье](#) перечислены этапы, на которых осуществляется государственный контроль при обращении лекарственных средств. Эти этапы соответствуют охватываемым понятием "обращение лекарственных средств" этапам "жизненного цикла" лекарственных средств. Статья определяет исчерпывающий перечень средств осуществления государственного контроля при обращении лекарственных средств.

В этом отношении следует учитывать, что [ч. 2 ст. 1](#) Федерального закона "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля" устанавливаются:

1) порядок организации и проведения проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей органами, уполномоченными на осуществление государственного контроля (надзора), муниципального контроля;

2) порядок взаимодействия органов, уполномоченных на осуществление государственного контроля (надзора), муниципального контроля, при организации и проведении проверок;

3) права и обязанности органов, уполномоченных на осуществление государственного контроля (надзора), муниципального контроля, их должностных лиц при проведении проверок;

4) права и обязанности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля, меры по защите их прав и законных интересов.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется в соответствии с [гл. VI](#) Федерального закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения. Указанная глава содержит ряд статей, институционально направленных на обеспечение проведения надзорных мероприятий в обозначенной сфере. К данным положениям следует отнести нормы следующих статей: организация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора ([ст. 46](#)); финансовое обеспечение органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 47](#)); финансовое обеспечение федеральных государственных учреждений, обеспечивающих деятельность органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 47.1](#)); право органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, на пользование имуществом и земельными участками ([ст. 48](#)); должностные лица, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 49](#)); права должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 50](#)); полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей ([ст. 51](#)); обязанности должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 52](#)); ответственность должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 53](#)); обжалование действий (бездействия) должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор ([ст. 54](#)).

Следует обратить внимание на ряд организационных моментов деятельности надзорных органов.

Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, представляют собой единую федеральную централизованную систему и, как и любые органы государственной власти, состоят из совокупности должностных лиц - государственных служащих, которые выполняют определенные функции, направленные на достижение задач, стоящих перед государственным органом.

В целях выполнения возложенной государственной функции по осуществлению санитарно-эпидемиологического надзора органы, его осуществляющие, имеют необходимую материальную базу (здание, транспорт, оргтехнику и пр.) и финансовые средства (расчетный счет в банке, необходимые денежные ресурсы), которые требуются для осуществления его целей и задач.

Во главе системы органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора стоит федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации. Согласно действующему законодательству таким органом в настоящее время является Роспотребнадзор, одним из основных полномочий которого является государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства.

Роспотребнадзор осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы, которые создаются для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, муниципальных образованиях и на транспорте. Территориальным органом Роспотребнадзора является Управление Роспотребнадзора по субъекту РФ, осуществляющее функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Основная роль по организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории РФ, конечно же, принадлежит Главному государственному санитарному врачу РФ, который является руководителем Роспотребнадзора, несет персональную ответственность за осуществление возложенных на Роспотребнадзор функций.

Должностными лицами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации, наряду с Главным государственным санитарным врачом РФ являются:

заместители Главного государственного санитарного врача РФ;

заместители Главного государственного санитарного врача РФ - главные государственные санитарные врачи МВД России, Минобороны России, ФСИН России, Главного управления специальных программ Президента РФ, по объектам Управления делами Президента РФ, ФСБ России, Федеральной службы охраны РФ; Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков, ФМБА России и их заместители;

руководители территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека - главные государственные санитарные врачи по субъектам РФ и их заместители;

руководители структурных подразделений и их заместители, специалисты федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

руководители структурных подразделений территориальных органов Роспотребнадзора - главные государственные санитарные врачи по городам, районам и на транспорте и их заместители;

руководители структурных подразделений и их заместители, специалисты территориальных органов Роспотребнадзора.

Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, имеют право:

на посещение территории и помещений объектов, подлежащих государственному санитарно-эпидемиологическому надзору; на получение информации;

на проведение расследований, исследований, оценок и отбора проб;

на фиксацию результатов проверки.

Отдельно выделены полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей (ст. 51). Закон наделяет главных государственных санитарных врачей и их заместителей особыми полномочиями. При этом речь идет не о правах, а о полномочиях, которые можно подразделить на две группы:

полномочия, направленные на непосредственное устранение причин и последствий правонарушений как собственными силами, так и путем обращения в правоохранительные органы;

превентивные полномочия, направленные на устранение угрозы санитарно-эпидемиологическому благополучию населения:

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;

4) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения в установленные предписаниями сроки:

о вызове в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, граждан, индивидуальных предпринимателей, должностных лиц для рассмотрения материалов и дел о

нарушениях санитарного законодательства;

о проведении в соответствии с осуществляемой ими деятельностью санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний и токсикологических, гигиенических и иных видов оценок;

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, производственных цехов и участков, помещений, зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств, выполнения отдельных видов работ и оказания услуг;

разработки, производства, реализации и применения (использования) продукции;

производства, хранения, транспортировки и реализации продовольственного сырья, пищевых добавок, пищевых продуктов, питьевой воды и контактирующих с ними материалов и изделий;

использования водных объектов в целях питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, а также в лечебных, оздоровительных и рекреационных целях;

ввоза на территорию РФ продукции, не имеющей санитарно-эпидемиологического заключения о ее соответствии санитарным правилам, или не зарегистрированных в установленном законодательством РФ порядке потенциально опасных для человека химических, биологических, радиоактивных веществ, отдельных видов продукции, отходов, товаров, грузов;

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;

о проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

о 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;

о проведении профилактических прививок гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям;

о 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;

о направлении в правоохранительные органы материалов о нарушении санитарного законодательства для решения вопросов о возбуждении уголовных дел;

8) вносить предложения:

в федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления о реализации мер по улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки и выполнению требований санитарного законодательства, а также предложения, касающиеся

развития территорий, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, охраны и укрепления здоровья населения, охраны окружающей среды;

в органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина);

в органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления о приведении в соответствие с санитарным законодательством принятых ими нормативных правовых актов в части, касающейся вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

в организации о приведении в соответствие с санитарным законодательством принятых ими решений, приказов, распоряжений и инструкций в части, касающейся вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

в органы сертификации о приостановлении действия или об изъятии сертификатов соответствия продукции, работ и услуг в случаях установления несоответствия таких продукции, работ, услуг санитарным правилам;

работодателям о применении дисциплинарных взысканий к работникам, допустившим нарушение санитарных правил;

индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам о возмещении вреда, причиненного гражданину вследствие допущенного ими нарушения санитарного законодательства, а также о возмещении дополнительно понесенных расходов федеральными государственными учреждениями, обеспечивающими деятельность органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, на проведение мероприятий по ликвидации инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), связанных с указанным нарушением санитарного законодательства.

Главный государственный санитарный врач РФ наделяется дополнительными полномочиями:

выдавать санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии утверждаемых федеральными органами исполнительной власти проектов норм проектирования, проектов государственных стандартов, строительных норм и правил, проектов ветеринарных и фитосанитарных правил, проектов правил охраны труда, правил охраны окружающей среды, проектов федеральных государственных образовательных стандартов и федеральных государственных требований, проектов других нормативных актов и федеральных целевых программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - документы) санитарным правилам;

утверждать нормативные и другие документы, регламентирующие осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

вносить в федеральные органы исполнительной власти предложения о приведении в соответствие с санитарным законодательством утвержденных указанными органами документов;

вносить в Правительство РФ предложения о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) на территории РФ.

Статья 86. Полномочия органов, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 86](#)

[Часть 1 комментируемой статьи](#) определяет государственные контрольные полномочия соответствующих федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья.

[Законом](#) предусмотрены следующие полномочия:

1. Выдача обязательных для исполнения предписаний в случае выявления нарушений

законодательства РФ в сфере охраны здоровья, законодательства РФ об обращении лекарственных средств.

2. Привлечение к ответственности за нарушение законодательства РФ в сфере охраны здоровья, законодательства РФ об обращении лекарственных средств медицинских организаций и фармацевтических организаций и их должностных лиц, должностных лиц федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, государственных внебюджетных фондов в случаях и в порядке, которые установлены законодательством РФ (см. [комментарий к ст. 98 Закона](#)).

3. Составление протоколов об административных правонарушениях в сфере охраны здоровья, обращения лекарственных средств, рассмотрение дел об указанных административных правонарушениях и принятие мер по предотвращению таких нарушений.

4. Направление в уполномоченные органы материалов, связанных с нарушениями обязательных требований, для решения вопросов о возбуждении уголовных дел по признакам преступлений.

5. Обращение в суд с исками, заявлениями о нарушениях законодательства РФ в сфере охраны здоровья, законодательства РФ об обращении лекарственных средств.

6. Участие в рассмотрении судом дел, связанных с применением и (или) нарушением законодательства РФ в сфере охраны здоровья, законодательства РФ об обращении лекарственных средств.

7. Размещение на официальном сайте в сети Интернет решений и предписаний, принятых в процессе осуществления государственного контроля в сфере охраны здоровья и затрагивающих интересы неопределенного круга лиц.

[Часть 2 комментируемой статьи](#) определяет полномочия работников органа государственного контроля при рассмотрении заявлений о нарушении законодательства РФ в сфере охраны здоровья, законодательства РФ об обращении лекарственных средств и проведении соответствующих проверок.

Данные уполномоченные лица при предъявлении ими служебных удостоверений и решения руководителя (заместителя) государственного контроля о проведении проверки в целях ее проведения имеют следующие полномочия:

1. Организация проведения необходимых исследований, испытаний, экспертиз анализов и оценок, в том числе научных исследований по вопросам осуществления контроля в установленной сфере деятельности.

2. Запрос и получение сведений, необходимых для принятия решений по вопросам, отнесенным к компетенции органа государственного контроля.

3. Дача юридическим лицам и физическим лицам разъяснений по вопросам, отнесенным к компетенции органа государственного контроля.

4. Привлечение в установленном порядке для проработки вопросов в сфере охраны здоровья научных и иных организаций, ученых и специалистов.

5. Беспрепятственное получение доступа на территорию проверяемых органов или организаций либо в используемые указанными органами или организациями при осуществлении своей деятельности здания, строения, сооружения, помещения, к используемым ими оборудованию, подобным объектам, транспортным средствам и перевозимым грузам.

6. Изъятие образцов производимых товаров в установленном законодательством РФ порядке.

7. Снятие копий с документов, необходимых для проведения государственного контроля в сфере охраны здоровья, в установленном законодательством РФ порядке.

8. Применение предусмотренных законодательством РФ мер ограничительного,

предупредительного и профилактического характера, направленных на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушения законодательства РФ в сфере охраны здоровья, законодательства РФ об обращении лекарственных средств.

Статья 87. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Комментарий к [статье 87](#)

К формам, в которых осуществляется контрольная деятельность, отнесены государственный контроль (см. [комментарий к ст. 88](#) Закона), ведомственный контроль (см. [комментарий к ст. 89](#) Закона), внутренний контроль (см. [комментарий к ст. 90](#) Закона).

Предметно к направлениям контроля качества и безопасности медицинской деятельности законодатель отнес следующие мероприятия:

1. Соблюдение требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством РФ. В первую очередь деятельность медицинских организаций должна соответствовать СанПиН. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 утвержден [СанПиН 2.1.3.2630-10](#) "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность". Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

Кроме того, в частности, подтверждением соответствия медицинской деятельности требованиям законодательства является наличие у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности. Лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности установлены в [Положении](#) о лицензировании медицинской деятельности (Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 N 30).

2. Определение показателей качества деятельности медицинских организаций.

Показатели оценки качества деятельности могут быть определены на примере функционирования амбулаторно-поликлинических учреждений. В частности, к таким показателям можно отнести показатели:

- характеризующие объемы амбулаторно-поликлинической помощи;
- нагрузки персонала;
- характеризующие организацию работы участковых врачей;
- характеризующие здоровье прикрепленного населения;
- профилактической деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;
- качества диагностики;
- качества лечебной работы.

Для достижения целей контроля показателями оценки деятельности медицинских организаций могут быть качество лечения, внимание со стороны медперсонала, квалификация врачей, наличие всех необходимых специалистов, организация обслуживания, отсутствие очередей, лучшее оборудование.

3. Соблюдение объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании. Механизм организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи установлен [ст. 40](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Контроль объемов, сроков, качества

и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями проводится в соответствии с [Порядком](#) организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (см. [Приказ](#) ФФОМС от 01.12.2010 N 230) <1>.

<1> [Приказ](#) ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (ред. от 16.08.2011) // Российская газета. 2011. N 20.

Под контролем объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию понимаются мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи.

Основными целями контроля являются (п. 5 Порядка, утвержденного Приказом N 230):

обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой;

защита прав застрахованного лица на получение бесплатной надлежащего качества медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой, в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи;

предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица, невыполнения и (или) неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и (или) стандартов медицинской помощи, медицинских технологий, путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

Страховые медицинские организации (при их отсутствии - ТФОМС) осуществляют контроль путем проведения:

медико-экономического контроля;

медико-экономической экспертизы;

экспертизы качества медицинской помощи.

4. Создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг. Подобная оценка деятельности в настоящий период создана в ряде субъектов РФ. В частности, в Кировской области в рамках реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 28.04.2011 N 259 <1> утверждена методика оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

<1> Официально не опубликовано.

5. Создание информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности. Медицинская деятельность сопровождается созданием и функционированием комплексных IT-приложений для учреждений здравоохранения. В данном процессе значительную роль играют не только государственные структуры, но и частные организации, в арсенале которых можно встретить различные программные продукты. В их числе такие, как медицинская информационная система "Пациент" для лечебно-диагностических учреждений; санаторная информационная система для медицинских служб санаториев; медицинская информационная система службы трансфузиологии для станций и отделений переливания крови; "Самозапись.ру" для предоставления электронных услуг населению. Все медицинские информационные системы предназначены для повышения качества, доступности и эффективности оказания медицинской помощи.

Статья 88. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Комментарий к [статье 88](#)

[Часть 1 комментируемой статьи](#) определяет, что государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями. В качестве примера можно привести практику нормативного регулирования соответствующих полномочий отдельных уполномоченных органов исполнительной власти. Так, в рамках обеспечения реализации контрольных полномочий Приказом Минздравсоцразвития России от 29.09.2011 N 1093н [утвержден Административный регламент](#) Федерального медико-биологического агентства по исполнению государственной функции по контролю и надзору в сфере донорства крови и ее компонентов.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 29.09.2011 N 1093н "Об утверждении административного регламента Федерального медико-биологического агентства по исполнению государственной функции по контролю и надзору в сфере донорства крови и ее компонентов" // Российская газета. 2011. N 284.

Согласно [п. 2](#) Административного регламента государственная функция по контролю и надзору в сфере донорства крови и ее компонентов представляет собой деятельность Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России), направленную на предупреждение, выявление и пресечение нарушений организациями здравоохранения, науки и образования, а также их структурными подразделениями, осуществляющими заготовку, переработку, хранение, транспортировку, применение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов (организации здравоохранения), требований, установленных нормативными правовыми актами РФ в сфере донорства крови и ее компонентов к заготовке, переработке, хранению, транспортировке, применению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов (обязательные требования), посредством:

- 1) организации и проведения проверок организаций здравоохранения;
- 2) принятия предусмотренных законодательством РФ мер по пресечению и (или) устранению последствий выявленных нарушений обязательных требований;
- 3) систематического наблюдения за исполнением обязательных требований, анализом и прогнозированием состояния их исполнения организациями здравоохранения.

Предметом государственного контроля (надзора) в сфере донорства крови и ее компонентов является соблюдение организациями здравоохранения обязательных требований.

Должностные лица ФМБА России и территориальных органов ФМБА России при осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере донорства крови имеют право:

- 1) включать проверки организаций здравоохранения в ежегодный план проведения проверок при

наличии оснований, установленных Административным [регламентом](#);

2) требовать представления документов, информации, образцов продукции, проб обследования объектов окружающей среды и объектов производственной среды, если они являются объектами проверки или относятся к предмету проверки;

3) отбирать образцы продукции, пробы обследования объектов окружающей среды и объектов производственной среды для проведения их исследований, испытаний, измерений;

4) выдавать предписание руководителю, иному должностному лицу, уполномоченному представителю организации здравоохранения об устранении выявленных нарушений;

5) принимать меры в отношении фактов нарушений, выявленных при проведении проверки в порядке, установленном [КоАП РФ](#).

Часть 2 комментируемой статьи содержит конкретные направления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. К ним отнесены следующие мероприятия:

1. Проведение проверок соблюдения органами государственной власти РФ, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья.

2. Осуществление лицензирования медицинской деятельности.

3. Проведение проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

4. Проведение проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

5. Проведение проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению).

6. Проведение проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с комментируемым [Законом](#).

7. Проведение проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности соответствующими органами и организациями (см. [комментарий к ст. ст. 89 и 90 Закона](#)).

Согласно **ч. 3 комментируемой статьи** Правительством РФ должен быть установлен порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Соответственно, для регулирования указанных вопросов должен быть издан нормативный акт в форме постановления.

Статья 89. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Комментарий к [статье 89](#)

Как следует из **ч. 1 комментируемой статьи**, ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ в отношении подведомственных им органов и организаций.

Ведомственный контроль осуществляется посредством проведения проверок соблюдения:

1) медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

2) медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

3) медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

Согласно [части 2 комментируемой статьи](#) порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Следует выделить также вневедомственный контроль качества медицинской помощи за деятельностью учреждений здравоохранения независимо от форм собственности, а также частнопрактикующих врачей (специалистов, работников), который осуществляют на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи следующие представители:

лицензионно-аккредитационные комиссии;

страховые медицинские организации;

территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случаях выполнения ими функции страховщика);

страхователи;

исполнительные органы Фонда социального страхования РФ;

профессиональные медицинские ассоциации;

общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

предупредительного контроля;

контроля результата;

целевого контроля;

планового контроля;

повторного контроля (медэкспертиза).

Статья 90. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Комментарий к [статье 90](#)

Вопросы организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в виде отдельной самостоятельной нормы нашли правовое регулирование впервые на законодательном уровне.

Как следует из содержания комментируемой [статьи](#), внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. При этом стоит особо отметить, что определение порядка проведения такого контроля отдается на усмотрение руководителей соответствующих органов и организаций.

На уровне органов исполнительной власти некоторых субъектов РФ в настоящий период приняты соответствующие методические документы нормативного характера.

Так, в частности, распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 06.10.2011 N 760 "О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность на территории Кировской" утверждены:

- 1) Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности;
- 2) Форма журнала контроля качества медицинской помощи;
- 3) Инструкция по ведению журнала контроля качества медицинской помощи;
- 4) Классификатор дефектов медицинской помощи;

5) Показатели, рекомендуемые для проведения мониторинга качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Кировской области.

Следует обратить внимание на отдельные содержательные аспекты Положения о контроле, которые могут быть взяты в качестве типовых, в том числе организациями, непосредственно оказывающими медицинскую помощь.

Цели внутреннего контроля. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность на территории Кировской области, на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а также требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий (п. 1.3 Положения).

Задачи контроля. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
- оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов организации здравоохранения;
- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в организации здравоохранения;
- подготовка предложений для руководителя организации здравоохранения, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи (п. 1.4 Положения).

Итоги проведенного контроля. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи организацией здравоохранения разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

принятие руководителем организации здравоохранения (или заместителем руководителя организации здравоохранения) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой

медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий (п. 1.5 Положения).

Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется:

1) работниками, назначенными приказом руководителя организации здравоохранения ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи;

2) на трех уровнях контроля:

первый уровень - заведующие отделений (подразделений) организации здравоохранения;

второй уровень - заместители руководителя организации здравоохранения;

третий уровень - врачебная комиссия организации здравоохранения.

В случае наличия в организации здравоохранения структурного подразделения - службы контроля качества медицинской помощи или невозможности по объективным причинам проведения контроля качества медицинской помощи на трех уровнях, контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствии со структурой и штатным расписанием организации здравоохранения.

Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

Организацией здравоохранения обеспечивается прохождение ответственными за проведение контроля из числа заместителей руководителя тематического повышения квалификации по контролю качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

Ответственные за проведение контроля отвечают за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

В организациях здравоохранения, имеющих трехуровневую систему контроля качества медицинской помощи, приказом руководителя назначается работник, ответственный за организацию контроля качества медицинской помощи, преимущественно из числа заместителей руководителя организации здравоохранения.

В необходимых случаях для проведения контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских вузов, работники медицинских научно-исследовательских институтов, работники других организаций здравоохранения Кировской области.

В необходимых случаях при проведении контроля качества медицинской помощи может проводиться осмотр пациента.

В организации здравоохранения разрабатывается внутреннее положение о контроле качества медицинской помощи, регламентирующее с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности организации здравоохранения:

уровни контроля качества медицинской помощи, функционирующие в организации здравоохранения;

перечень подразделений (отделений, должностей медицинских работников) организации здравоохранения, обязанности по контролю качества медицинской помощи в отношении которых закреплены за конкретными ответственными за проведение контроля;

объемы проведения контроля качества медицинской помощи на каждом уровне контроля;

случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке;

обязанности ответственного за организацию контроля качества медицинской помощи (при его наличии);

обязанности ответственных за проведение контроля; порядок регистрации и анализа результатов контроля качества медицинской помощи;

порядок использования результатов проведенного контроля качества медицинской помощи в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;

порядок сбора, анализа и использования показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи, в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;

порядок и периодичность оценки выводов, сделанных на нижестоящих уровнях контроля.

Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, карте вызова скорой медицинской помощи, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

в амбулаторно-поликлинических подразделениях случаи:

- 1) летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;
- 2) летальных исходов на дому от управляемых причин;
- 3) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- 4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- 5) заболеваний со значительно (более 50% от средних) удлиненными сроками лечения;
- 6) расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
- 7) расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;
- 8) первичного выявления запущенных онкологических заболеваний;
- 9) сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- 10) при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Кировской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Кировской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи;

в стационарных подразделениях случаи:

- 1) летальных исходов;

2) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

3) повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3 месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;

4) заболеваний со значительно (более 50% от средних) удлиненными сроками лечения;

5) расхождений заключительных клинических диагнозов и патологоанатомических диагнозов;

6) расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;

7) сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

8) при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Кировской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Кировской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

Отбор случаев для проведения проверки осуществляется с охватом всех подразделений (отделений, должностей медицинских работников) организации здравоохранения, в соответствии с закреплением обязанностей по контролю качества медицинской помощи за конкретными ответственными за проведение контроля. В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку.

Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией организации здравоохранения (или подкомиссией врачебной комиссии) рассматриваются случаи:

сопровождённые жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

сопровождённые ятрогенными осложнениями;

иные в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.

Устанавливаются следующие минимальные объемы проведения контроля качества медицинской помощи сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке для заведующих:

1) амбулаторно-поликлиническими подразделениями, заместителей руководителя организации здравоохранения по лечебной работе, медицинской части, амбулаторно-поликлинической помощи, а также с иными наименованиями должностей, за исключением заместителей руководителя, не имеющих высшего медицинского образования, - не менее 30 случаев в месяц;

2) стационарными подразделениями при мощности:

10 коек и менее - 100% случаев;

от 11 до 25 коек - не менее 50% случаев;

26 коек и более - не менее 25% случаев.

Объемы работы врачебной комиссии организации здравоохранения (далее - ВК) по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями в обеспечении контроля качества

медицинской помощи, возложенными на ВК действующими нормативными правовыми документами РФ, органов управления здравоохранением Кировской области и распорядительными документами организации здравоохранения.

В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи и обеспечения эффективной обратной связи с исполнителями медицинских услуг рекомендуется обеспечивать проведение контроля качества медицинской помощи в текущем режиме (не реже чем 1 раз в неделю).

Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования, оформлению медицинской документации с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

При проведении контроля качества медицинской помощи ответственные за проведение контроля руководствуются: федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи с учетом его клинических особенностей:

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение диагностических мероприятий;
- оформление диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- оформление медицинской документации.

При проведении контроля качества медицинской помощи используются критерии:

своевременности оказания медицинской помощи - отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

преемственности оказания медицинской помощи - отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками) организации здравоохранения;

соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения

лекарственных препаратов и расходных материалов;

эффективности оказания медицинской помощи - отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской помощи, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на первом и втором уровнях контроля.

Учет результатов контроля качества медицинской помощи, проведенного ВК, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами РФ, органов управления здравоохранением Кировской области и распорядительными документами организации здравоохранения.

Учет результатов контроля качества медицинской помощи может вестись в организации здравоохранения в электронном виде с соблюдением установленной формы журнала контроля качества медицинской помощи, ежемесячной распечаткой и заверением результатов подписью ответственного за проведение контроля.

По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном проверенном случае оказания медицинской помощи:

качественно оказанная медицинская помощь;

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;

некачественно оказанная медицинская помощь.

Примерный перечень дефектов медицинской помощи приводится в классификаторе дефектов медицинской помощи.

В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости - под роспись.

Ответственными за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеуказанных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя организации здравоохранения.

Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в организации здравоохранения не менее 3 лет.

В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи могут быть оформлены на отдельном листе с регистрацией в журнале контроля качества медицинской помощи.

Результаты проведенного контроля качества медицинской помощи учитываются в организации здравоохранения в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи, и по организации здравоохранения в целом.

Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи может осуществляться в организации здравоохранения в электронном виде, с ежемесячной распечаткой и заверением подписью ответственного за проведение контроля. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи

должны содержать следующие сведения:

1) отчетный период;

2) объемы проведенного контроля качества медицинской помощи:

количество проверенных случаев;

количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке в процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;

объем проведенного контроля качества медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов;

3) результаты проведенного контроля качества медицинской помощи, а именно количество:

случаев качественно оказанной медицинской помощи;

случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;

случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах от количества проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (подразделений, должностей и Ф.И.О. медицинских работников);

выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи;

5) предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для руководителя организации здравоохранения;

6) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля;

7) наименование проверенной организации здравоохранения, печать организации здравоохранения, предоставляющей услуги по контролю качества медицинской помощи (в случае предоставления услуг по контролю качества медицинской помощи согласно заключенному договору).

Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по организации здравоохранения в целом (или по подразделениям) доводятся до руководителя организации здравоохранения ежемесячно, до сведения медицинских работников организации здравоохранения - не реже чем 1 раз в квартал.

Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в организации здравоохранения не менее 3 лет.

Сведения о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи представляются организацией здравоохранения в контролирующие органы в установленном порядке.

По результатам проведенного контроля качества медицинской помощи в организации здравоохранения планируются и реализуются направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи мероприятия:

организационные - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и др.;

образовательные - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и др.;

дисциплинарные - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями работников;

экономические - применение материальных взысканий;

по совершенствованию материально-технической базы, информатизации организации здравоохранения;

по совершенствованию укомплектованности организации здравоохранения медицинскими работниками.

Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается руководителем организации здравоохранения или работниками, назначенными приказом руководителя организации здравоохранения.

В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности организации здравоохранения (или ее подразделений) по итогам прошедшего квартала в организации здравоохранения могут рассчитываться и анализироваться показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

Выбор конкретных показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи и порядок их анализа осуществляется руководителем организации здравоохранения.

По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей в организации здравоохранения разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.

Обеспечение организациями здравоохранения внутреннего контроля качества медицинской помощи контролируется в пределах имеющихся полномочий департаментом здравоохранения Кировской области и Управлением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Кировской области.

Порядок рассмотрения в организациях здравоохранения обращений граждан.

Обращения граждан могут поступать в организацию здравоохранения в устной форме, письменной форме (в том числе посредством внесения записей в книгу жалоб и предложений) или по электронной почте.

Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к руководителю организации здравоохранения, его заместителям или заведующим подразделениями лично или через своего законного представителя.

Обращения граждан могут быть направлены на рассмотрение в организацию здравоохранения из других органов или организаций. В целях реализации прав граждан на обращение руководитель организации здравоохранения должен обеспечить:

информирование граждан об их праве на обращение; регистрацию и учет поступивших обращений; рассмотрение поступивших обращений;

принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений; подготовку и направление ответов заявителям;

проведение анализа поступивших обращений и разработку мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

Информирование граждан об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для граждан месте оформленной в печатном виде информации:

о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностного лица организации здравоохранения, к которому могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;

об адресах электронной почты и интернет-сайта организации здравоохранения (при их наличии);

о графике личного приема граждан руководителем организации здравоохранения;

об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (департамент здравоохранения Кировской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Кировской области, ФОМС, страховые медицинские организации Кировской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кировской области и др.).

В случае наличия у организации здравоохранения интернет-сайта, вышеперечисленная информация дублируется на сайте.

Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения граждан (заявителей) подлежат обязательной регистрации в день их поступления в организацию здравоохранения.

Делопроизводство по обращениям граждан ведется в организации здравоохранения отдельно от других видов делопроизводства. Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан возлагается приказом руководителя организации здравоохранения.

В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ руководителя организации здравоохранения по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

Срок хранения дел по обращениям граждан в организации здравоохранения составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в организации здравоохранения в журнале регистрации обращений граждан. Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом руководителя организации здравоохранения.

Учету подлежат все обращения, поступившие в организацию здравоохранения в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

порядковый номер;

фамилия, имя, отчество, заявителя;

адрес места жительства заявителя;

наименование организации, направившей обращение;

дата поступления обращения;

дата и номер регистрации обращения;

краткое содержание (повод) обращения;

фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществлявшего рассмотрение обращения;

результат рассмотрения обращения;

дата и номер регистрации ответа на обращение.

Все поступившие в организацию здравоохранения обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику организации здравоохранения или о перенаправлении обращения по подведомственности принимает руководитель организации здравоохранения в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику организации здравоохранения, действие (или бездействие) которого в них обжалуется.

Работник организации здравоохранения, получивший поручение руководителя организации здравоохранения о рассмотрении обращения:

обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения;

вправе приглашать заявителя для личной беседы, запрашивать дополнительную информацию у заявителя и письменные объяснения у работников организации здравоохранения, принимать другие меры, необходимые для объективного рассмотрения обращения;

несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством РФ. В случае если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, руководитель организации здравоохранения принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию организации здравоохранения, в течение семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

В случае если обращение одного и того же заявителя по тем же основаниям было рассмотрено организацией здравоохранения ранее и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, руководитель организации здравоохранения вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные организации, по исполнению которых может быть указан другой срок. Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма организации здравоохранения и подписываются ее руководителем. В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указываются меры, принятые к виновным работникам.

Если обращение поступило в организацию здравоохранения в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении, а если по электронной почте - на адрес этой электронной почты.

По результатам рассмотрения жалоб в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств к виновным работникам принимаются меры, в соответствии с Трудовым **кодексом** РФ и должностными инструкциями.

В организации здравоохранения не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений по следующим признакам:

количество поступивших обращений, в том числе в разрезе видов, поводов и повторности обращений;

количество обращений, рассмотренных с нарушением установленного порядка, их причины;

количество обоснованных жалоб, в том числе в разрезе Ф.И.О. и должностей конкретных медицинских работников (и подразделений), чьи действия обжаловались;

принятие необходимых мер по обоснованным жалобам.

Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются руководителю организации здравоохранения.

Устные обращения рассматриваются в организации здравоохранения лицом, к которому обратился гражданин (руководитель организации здравоохранения, его заместители, заведующие подразделениями) в ходе личного приема.

Руководителем организации здравоохранения проводится личный прием граждан периодичностью не реже 1 раза в неделю. Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются руководителем организации здравоохранения. Информация о принятых руководителем организации здравоохранения заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

В случае если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

При несогласии заявителя с результатами рассмотрения его обращения он может обратиться к руководителю организации здравоохранения, в вышестоящие органы управления здравоохранением или в суд.

Порядок проведения анкетирования граждан.

В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью рекомендуется проведение в организациях здравоохранения анонимного анкетирования граждан периодичностью 1 раз в квартал. При организации и проведении анкетирования граждан рекомендуется руководствоваться нормативными правовыми актами РФ, Кировской области и рекомендациями органов управления здравоохранения Кировской области.

Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой и предоставляется органам и организациям по запросам. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем организации здравоохранения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам, и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

Статья 91. Информационные системы в сфере здравоохранения

Комментарий к [статье 91](#)

1. В настоящее время для осуществления информационных процессов повсеместно используются информационные системы, в том числе и в сфере здравоохранения.

В соответствии со [ст. 2](#) Федерального закона от 27.07.2006 N 149-ФЗ "Об информации,

информационных технологиях и о защите информации" под информационной системой следует понимать "совокупность содержащейся в базах данных информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий и технических средств" <1>.

<1> СЗ РФ. 2006. N 31 (ч. I). Ст. 3448.

Согласно этому определению в состав информационной системы входят три составляющие: информация, содержащаяся в базах данных, информационные технологии и технические средства.

В соответствии с [ч. 2 ст. 1260](#) ч. IV Гражданского кодекса РФ базой данных является "представленная в объективной форме совокупность самостоятельных материалов (статей, расчетов, нормативных актов, судебных решений и иных подобных материалов), систематизированных таким образом, чтобы эти материалы могли быть найдены и обработаны с помощью электронной вычислительной машины (ЭВМ)" <1>.

<1> СЗ РФ. 2006. N 52 (ч. I). Ст. 5496.

Понятие "информационные технологии" в [ст. 2](#) указанного Федерального закона определено как "процессы, методы поиска, сбора, хранения, обработки, предоставления, распространения информации и способы осуществления таких процессов и методов". К информационным технологиям, в частности, относятся программы для ЭВМ.

К основным требованиям, предъявляемым к информационным системам, ученые сегодня относят следующие:

1) эффективность - соотношение всех затрат на создание и эксплуатацию информационной системы и получаемых при этом результатов;

2) качество функционирования информационной системы - степень приспособленности системы к выполнению заданных функций;

3) надежность информационной системы, которая определяется надежностью технических средств ее оснащения и защитой от ошибок исполнителей;

4) безопасность информационной системы предполагает такое ее функционирование, при котором обеспечивается защита:

информации, циркулирующей в системе (целостность любой информации, конфиденциальность информации ограниченного доступа);

пользователей информационной системы от вредного воздействия как информации, циркулирующей в этой системе, так и объектов самой системы;

информационной системы и ее объектов от несанкционированного изменения ее заданных параметров и режима эксплуатации <1>.

<1> Чубукова С.Г., Элькин В.Д. Основы правовой информатики (юридические и математические вопросы информатики): Учеб. пособие / Под ред. д.ю.н., проф. М.М. Рассолова, проф. В.Д. Элькина. 2-е изд. испр. и доп. М., 2008. С. 77 - 78.

В информационных системах в сфере здравоохранения осуществляются следующие процессы: сбор, хранение, обработка и предоставление отдельных видов информации. Комментируемая [статья](#) определяет исчерпывающий перечень таких категорий информации. Это сведения об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой

ими медицинской деятельности на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности.

Одним из основных информационных процессов является, безусловно, обработка информации. Нормами действующего законодательства, к сожалению, не определено содержание общего понятия "обработка информации". Понятие "обработка персональных данных" определено в [ст. 3](#) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" как "любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных" ^{<1>}. Понятие обработки персональных данных является собирательным, которое включает 13 информационных процессов или действий с персональными данными, в том числе сбор, хранение и предоставление персональных данных.

^{<1>} СЗ РФ. 2006. N 31 (ч. I). Ст. 3451.

В комментируемой [статье](#) информационные процессы сбора, хранения и предоставления информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой ими медицинской деятельности на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности не включены в процесс обработки перечисленных сведений и определены как самостоятельные информационные процессы. Поэтому следует отметить несогласованность указанных правовых норм, определяющих информационные процессы.

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 N 364 "Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения" утверждена [Концепция](#) создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, в которой определены цель, принципы, общая архитектура, основные этапы создания информационной системы в сфере здравоохранения, механизм управления и ресурсного обеспечения ее создания и сопровождения, а также ожидаемый социально-экономический эффект ^{<1>}.

^{<1>} Бюллетень трудового и социального законодательства РФ. 2011. N 7.

[Пунктом 2 ч. 3 ст. 50](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предусматриваются финансирование региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде ^{<1>}.

^{<1>} СЗ РФ. 2010. N 49. Ст. 6422.

2. Комментируемая [статья](#) определяет, кто может относиться к операторам информационных систем в сфере здравоохранения. Это:

1) уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. Им является Минздравсоцразвития России, которое осуществляет свою деятельность в соответствии с [Положением](#) о Министерстве здравоохранения и социального развития РФ, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 ^{<1>}.

^{<1>} СЗ РФ. 2006. N 28. Ст. 2898.

На основании и во исполнение **Конституции** РФ, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента РФ и Правительства РФ Минздравсоцразвития России уполномочено принимать ряд нормативных правовых актов. В области информационных систем в системе здравоохранения такими нормативными правовыми актами являются:

Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

Порядок формирования системы учета и отчетности, а также порядок и условия ведения баз данных и иных информационных ресурсов в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с **п. 5.5** указанного Положения Минздравсоцразвития России осуществляет:

ведение федеральных баз данных и иных информационных ресурсов, в том числе ведение реестров и регистров в области здравоохранения и социального развития;

деятельность по формированию единой информационной системы в сфере здравоохранения и социального развития;

2) уполномоченные органы государственной власти субъектов РФ. Это департаменты здравоохранения субъектов РФ, осуществляющие исполнительно- распорядительные функции в отношении органов, учреждений, организаций и предприятий здравоохранения, аптечных предприятий, подведомственных правительству субъекта РФ;

3) уполномоченные органы государственной власти субъектов РФ, организации, назначенные Минздравсоцразвития России и департаментами здравоохранения субъектов РФ. В настоящий момент такие уполномоченные органы государственной власти субъектов РФ и организации не определены, так как соответствующие нормативные акты Минздравсоцразвития России и департаментами здравоохранения субъектов РФ не изданы;

4) органы управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования в части, касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования.

Согласно **ч. 2 ст. 33** Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании" органами управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования являются правление Федерального фонда и его председатель.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования издан **Приказ** от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования". Такие принципы устанавливают:

общие требования к информационной системе территориального фонда обязательного медицинского страхования, в том числе требования к подсистеме ведения регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц и требования к подсистеме ведения персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования;

общие требования к информационной системе страховой медицинской организации, в том числе требования к подсистеме ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и требования к подсистеме ведения персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования;

общие требования к информационной системе медицинской организации, в том числе требования к подсистеме персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования;

порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

5) органы управления территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части,

касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с [ч. 4 ст. 34](#) Закона об ОМС управление территориальным фондом осуществляется директором. Он назначается на должность и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ по согласованию с Федеральным фондом. Правление территориального фонда не вправе осуществлять административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции. Уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, устанавливающим порядок ведения информационных систем, в том числе порядок и сроки представления в них первичных данных о медицинской деятельности, является Минздравсоцразвития России.

Так, в соответствии с [п. 5.2.100.3](#) Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации Министерство самостоятельно устанавливает порядок формирования системы учета и отчетности, а также порядок и условия ведения баз данных и иных информационных ресурсов в системе обязательного медицинского страхования.

Статья 92. Ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности

Комментарий к [статье 92](#)

1. Настоящая [статья](#) содержит определение понятия персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности (далее - персонифицированный учет). К персонифицированному учету при осуществлении медицинской деятельности относится обработка двух категорий персональных данных:

сведений о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг;

сведений о лицах, которым оказываются медицинские услуги.

Согласно [ст. 3](#) Федерального закона "О персональных данных" под обработкой персональных данных понимают как "любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных".

Понятие обработки персональных данных включает 13 информационных процессов или действий с персональными данными. Блокирование персональных данных законодателем определяется как "временное прекращение сбора, систематизации, накопления, использования, распространения персональных данных, в том числе их передачи". Уничтожение персональных данных - "действия, в результате которых невозможно восстановить содержание персональных данных в информационной системе персональных данных или в результате которых уничтожаются материальные носители персональных данных". К обезличиванию персональных данных относятся "действия, в результате которых невозможно определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту персональных данных".

Отметим, что в Федеральном [законе](#) "О персональных данных" в передачу персональных данных включен процесс их распространения, хотя согласно [ч. 4 ст. 29](#) Конституции РФ передача и распространение информации являются самостоятельными информационными процессами <1>.

<1> СЗ РФ. 2009. N 4. Ст. 445.

2. Комментируемая [статья](#) определяет, что операторы информационных систем, которые в целях осуществления персонифицированного учета уполномочены получать информацию от органов и организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и иных организаций в рамках информационного взаимодействия в соответствии с комментируемым Законом, указаны в его [ч. 2](#)

ст. 91.

Таковыми лицами на настоящий момент являются:

Минздравсоцразвития России;

департаменты здравоохранения субъектов РФ;

органы управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования в части, касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования;

органы управления территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части, касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования.

Согласно [ч. 1 ст. 47](#) Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации представляют в территориальный фонд и страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным Минздравсоцразвития России, следующие сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономические стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью.

В соответствии с [ч. 1 ст. 48](#) Федерального закона об ОМС страховые медицинские организации представляют в территориальный фонд в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным Министерством здравоохранения и социального развития РФ, следующие сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полученные от медицинских организаций:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;

- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономические стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

На основании [ч. 1 ст. 49](#) Федерального закона об ОМС территориальный орган Пенсионного фонда РФ ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, представляет в соответствующий территориальный фонд следующие сведения о работающих застрахованных лицах:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством РФ об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

На основании [ч. 2 ст. 49](#) Федерального закона об ОМС страхователь для неработающих граждан ежемесячно не позднее 5-го числа каждого месяца представляет в соответствующий территориальный фонд следующие сведения о неработающих застрахованных лицах:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;

- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;

10) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством РФ об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;

- 11) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

3. Минздравсоцразвития России согласно [Положению](#) о нем на основании и во исполнение [Конституции](#) РФ, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента РФ и Правительства РФ самостоятельно принимает следующие нормативные правовые акты:

Порядок и сроки приема и учета Пенсионным фондом РФ сведений о застрахованных лицах в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также внесения указанных сведений в индивидуальные лицевые счета застрахованных лиц;

Порядок представления страхователями в Пенсионный фонд РФ сведений о включаемых в страховой стаж периодах работы и (или) другой деятельности, которые приобретены всеми работающими у них застрахованными лицами до их регистрации в системе индивидуального (персонифицированного) учета;

Инструкцию о порядке ведения индивидуального (персонифицированного) учета сведений о застрахованных лицах;

Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Минздравсоцразвития России изданы Приказы:

1) от 25.01.2011 [N 29н](#) "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования". [Порядок](#) определяет правила ведения персонифицированного учета сведений о каждом застрахованном лице в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе:

организацию персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

ведение единого регистра застрахованных лиц;

ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

технологии обмена информацией при ведении персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

2) от 14.12.2009 [N 987н](#) "Об утверждении Инструкции о порядке ведения индивидуального (персонифицированного) учета сведений о застрахованных лицах". Указанной [Инструкцией](#) определен порядок ведения Пенсионным фондом РФ индивидуального (персонифицированного) учета сведений о каждом застрахованном лице, на которое распространяется обязательное пенсионное страхование, а именно порядок:

регистрации Пенсионным фондом РФ застрахованных лиц в системе обязательного пенсионного страхования;

представления страхователями в Пенсионный фонд РФ сведений о застрахованных лицах, в том числе сведений о страховом стаже, о заработной плате (доходе), о начисленных и уплаченных страховых взносах (далее - индивидуальные сведения);

представления страхователями в Пенсионный фонд РФ сведений о включаемых в страховой стаж периодах работы и (или) иной деятельности, которые приобретены всеми работающими у них застрахованными лицами до их регистрации в системе обязательного пенсионного страхования;

соблюдения сроков приема и учета Пенсионным фондом РФ сведений о застрахованных лицах, а также внесения указанных сведений в индивидуальные лицевые счета застрахованных лиц;

учета Пенсионным фондом РФ в соответствующих разделах специальной части индивидуального лицевого счета поступивших страховых взносов на накопительную часть трудовой пенсии, дополнительных страховых взносов на накопительную часть трудовой пенсии, взносов работодателя, уплаченных в пользу застрахованного лица, взносов на софинансирование, поступивших в соответствии с Федеральным [законом](#) от 30.04.2008 N 56-ФЗ "О дополнительных страховых взносах на накопительную часть трудовой пенсии и государственной поддержке формирования пенсионных накоплений" <1>, средств (части средств) материнского (семейного) капитала, направленных на формирование накопительной части трудовой пенсии в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.12.2006 N 256-ФЗ "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей", а также размера назначенной пенсии и выплат за счет средств пенсионных накоплений <2>;

<1> СЗ РФ. 2008. N 18. Ст. 1943.

<2> СЗ РФ. 2007. N 1. Ст. 19.

использования индивидуальных сведений для осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное пенсионное страхование.

4. Комментируемая [статья](#) относит сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг, и о лицах, которым оказываются медицинские услуги, к информации ограниченного доступа. Основой этого положения являются [ч. 1 ст. 23](#) и [ч. 1 ст. 24](#) Конституции РФ, закрепляющие право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, запрет на сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия.

Предписания [статьи](#) в полной мере соответствуют принципам правового регулирования отношений, возникающих в сфере информации, информационных технологий и защиты информации, закрепленных нормами [ст. 3](#) Федерального закона "Об информации, информационных технологиях и о защите информации":

установление ограничений доступа к информации только федеральными законами;

неприкосновенность частной жизни, недопустимость сбора, хранения, использования и распространения информации о частной жизни лица без его согласия.

Согласно [ч. 2 ст. 9](#) Федерального закона "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" в отношении информации, доступ к которой ограничен федеральными законами, обязательным является соблюдение конфиденциальности информации.

Сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг, и о лицах, которым оказываются медицинские услуги, подлежат защите в соответствии с законодательством РФ. В соответствии со [ст. 16](#) Федерального закона "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" защита информации представляет собой принятие правовых, организационных и технических мер, направленных:

1) на обеспечение защиты информации от неправомерного доступа, уничтожения,

модифицирования, блокирования, копирования, предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий в отношении такой информации;

2) на соблюдение конфиденциальности информации ограниченного доступа;

3) на реализацию права на доступ к информации.

Государственное регулирование отношений в сфере защиты информации осуществляется путем установления требований о защите информации, а также ответственности за нарушение законодательства РФ об информации, информационных технологиях и о защите информации.

Административная ответственность за нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных) предусмотрена [ст. 13.11](#) КоАП РФ, [ст. 13.14](#) КоАП РФ устанавливает ответственность за разглашение информации с ограниченным доступом ^{<1>}.

^{<1>} СЗ РФ. 2002. N 1 (ч. I). Ст. 1.

Уголовная ответственность за нарушение неприкосновенности частной жизни наступает на основании предписаний [ст. 137](#) УК РФ, нормами [ст. 272](#) УК РФ установлена ответственность за неправомерный доступ к охраняемой законом компьютерной информации.

Статья 93. Сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг

Комментарий к [статье 93](#)

Данная [статья](#) раскрывает перечень сведений персонального характера о лицах, участвующих в оказании медицинских услуг. В первую очередь это касается медицинского персонала, непосредственно оказывающего медицинскую помощь, т.е. врачей-специалистов.

Следует отметить, что в соответствии со [ст. 3](#) Федерального закона "О персональных данных" под персональными данными понимается любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).

Соответствующие персональные данные подлежат обработке. Обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка соответствующих персональных данных осуществляется в целях ведения персонифицированного учета лиц, участвующих в оказании медицинской помощи.

Понятие "персонифицированный учет" законодательство об охране здоровья не содержит. Однако определение данного термина имеется в сфере обязательного страхования. В частности, в соответствии с Федеральным [законом](#) от 01.04.1996 N 27-ФЗ "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования" ^{<1>} индивидуальный (персонифицированный) учет - организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице для реализации пенсионных прав в соответствии с законодательством Российской Федерации. В свою очередь, Федеральный [закон](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" под персонифицированным учетом в сфере обязательного медицинского страхования понимает организацию и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

^{<1>} СЗ РФ. 1996. N 14. Ст. 1401.

Таким образом, общим для обозначенных выше определений является ведение сведений в целях реализации прав граждан в установленной сфере. На основании этого можно сформулировать альтернативное определение и для сферы здравоохранения и под персонифицированным учетом понимать "организацию и ведение учета сведений о каждом лице, участвующем в оказании медицинских услуг, в целях реализации прав граждан на оказание медицинской помощи".

К персональным сведениям, которые подлежат обработке, в целях реализации задач персонифицированного учета **Законом** отнесены:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол (мужской или женский);
- 3) дата рождения (означает год, месяц и число рождения);
- 4) место рождения (обозначает определенный населенный пункт: город, деревню, село поселок и т.п.);
- 5) гражданство. Гражданство РФ - устойчивая правовая связь лица с Российской Федерацией, выражающаяся в совокупности их взаимных прав и обязанностей.

Документом, удостоверяющим гражданство РФ, является паспорт гражданина РФ или иной основной документ, содержащие указание на гражданство лица (ст. 10 Федерального закона от 31.05.2002 N 62-ФЗ "О гражданстве Российской Федерации" <1>). Принадлежность к гражданству указывается в паспорте гражданина;

<1> СЗ РФ. 2002. N 22. Ст. 2031.

6) данные документа, удостоверяющего личность (имеются в виду данные паспорта гражданина (серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения, выдавшего паспорт)). При этом могут быть использованы данные документа, заменяющего паспорт гражданина. Таковым является документ, удостоверяющий личность гражданина, выданный уполномоченным государственным органом. На территории РФ для граждан РФ такими документами являются:

военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета, или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);

временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта;

документ, удостоверяющий личность гражданина РФ, по которому гражданин РФ осуществляет въезд в РФ (для лиц, постоянно проживающих за пределами территории РФ). Имеются в виду: 1) паспорт; 2) дипломатический паспорт; 3) служебный паспорт; 4) паспорт моряка (удостоверение личности моряка) <1>;

<1> **Статья 7** Федерального закона от 15.08.1996 N 114-ФЗ "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию" // СЗ РФ. 1996. N 34. Ст. 4029.

справка установленной формы, выдаваемая гражданам РФ, находящимся в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых (ст. 2 Федерального закона от 12.06.2002 N 67-ФЗ "Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации") <1>.

<1> СЗ РФ. 2002. N 24. Ст. 2253.

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором РФ в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства (ст. 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации") <1>;

<1> СЗ РФ. 2002. N 30. Ст. 3032.

7) место жительства. Местом жительства признается место, где гражданин постоянно или преимущественно проживает (ч. 1 ст. 20 ГК РФ). Это жилой дом, квартира, служебное жилое помещение, специализированные дома (общежитие, гостиница-приют, дом маневренного фонда, специальный дом для одиноких престарелых, дом-интернат для инвалидов, ветеранов и др.), а также иное жилое помещение, в котором гражданин постоянно или преимущественно проживает в качестве собственника, по договору найма (поднайма), договору аренды либо на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ (ст. 2 Закона РФ от 25.06.1993 N 5242-1 "О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации") <1>;

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. N 32. Ст. 1227.

8) место регистрации (имеется в виду место нахождения органа миграционного учета, осуществившего регистрацию гражданина по месту жительства);

9) дата регистрации (год, месяц, число);

10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством РФ об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (постоянный страховой номер содержит контрольные разряды, которые позволяют выявлять ошибки, допущенные при использовании этого страхового номера в процессе учета);

11) сведения об образовании, в том числе данные об образовательных организациях и о документах об образовании (имеются в виду полное наименование образовательных учреждений (с указанием организационно-правовой формы, формы собственности, типа и вида), в которых обучалось и которые окончило соответствующее лицо, дипломы об уровне образования, повышении квалификации и т.п.);

12) наименование организации, оказывающей медицинские услуги. Здесь имеется в виду наименование юридического лица, т.е. название предприятия, организации, учреждения, содержащее указание на организационно-правовую форму и отражающее характер деятельности. Указывается в учредительных документах <1>.

<1> Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. М.: ИНФРА-М, 2006.

Наименования некоммерческих организаций, а в некоторых случаях наименования коммерческих организаций должны содержать указание на характер деятельности юридического лица. Юридическое лицо, являющееся коммерческой организацией, должно иметь фирменное наименование (ст. 54 ГК РФ);

13) занимаемая должность в организации, оказывающей медицинские услуги.

Статья 94. Сведения о лицах, которым оказываются медицинские услуги

Комментарий к [статье 94](#)

Следует отметить, что, как и [ст. 93](#) Закона, комментируемая [статья](#) также является новацией законодательства об охране здоровья граждан и призвана обеспечить ведение персонифицированного учета оказанных гражданам медицинских услуг в целях реализации ими права на охрану здоровья.

Персональные данные, перечисленные в [п. п. 1 - 10, 14, 23](#), полностью воспроизводят персональные данные, указанные в [ст. 93](#) комментируемого Закона.

При этом объем персональных данных о гражданах, которым оказываются медицинские услуги, несколько расширен за счет включения сведений, касающихся самой услуги, процесса и результатов ее оказания. К таким данным, в частности, отнесены:

номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии). Согласно [ст. 45](#) Федерального закона об ОМС полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой Программой обязательного медицинского страхования. В соответствии с [п. п. 20, 21](#) Правил ОМС <1> на территории РФ действуют полисы единого образца. В субъектах РФ, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным [законом](#) от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" <2>.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (ред. от 10.08.2011) // Российская газета. 2011. N 47.

<2> СЗ РФ. 2010. N 31. Ст. 4179.

До введения в субъектах РФ универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного бланка (бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (электронный полис).

Серия и номер полиса медицинского страхования: серия и номер, напечатанные на бланке документа, на котором выписан полис медицинского страхования, подтверждающий наличие договора страхования и используемый для учета медицинской помощи, оказанной гражданину РФ <1>.

<1> Информатизация здоровья. Состав данных о взаиморасчетах за пролеченных пациентов для электронного обмена этими данными. Общие требования. [ГОСТ Р 52977-2008](#) (утв. Приказом Ростехрегулирования от 13.10.2008 N 240-ст). М.: Стандартинформ, 2009.

Единый номер полиса ОМС представляет собой шестнадцатиразрядное число, последний символ которого (К) является контрольным разрядом номера полиса ОМС:

XXXXXXXXXXXXXXXXX - номер полиса ОМС;

К - контрольный разряд номера полиса ОМС, вычисляется арифметически в соответствии с методикой расчета, описанной в международном стандарте ISO/HL7 27931:2009 (алгоритм Mod10):

а) выбираются нечетные цифры по порядку, начиная справа, в виде числа, и умножается это число на 2;

б) выбираются четные цифры по порядку, начиная справа, в виде числа, и результат приписывается слева от числа, полученного в пункте "а";

в) складываются все цифры полученного в пункте "б" числа;

г) полученное в пункте "в" число вычитается из ближайшего большего или равного числа, кратного 10. В результате получается искомая контрольная цифра.

Анамнез. Анамнез (от греч. **альфаниальфаминизтаомикронйотадзета** - воспоминание) - совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц. Изучение анамнеза, как и расспрос в целом, не просто перечень вопросов и ответов на них. От стиля беседы врача и больного зависит та психологическая совместимость, которая во многом определяет конечную цель - облегчение состояния пациента.

Различают общий анамнез и анамнез данного заболевания. В общий анамнез входят ответы на следующие группы вопросов: заболевания родителей и ближайших родственников (наследственные заболевания, злокачественные опухоли, психические заболевания, туберкулез, сифилис и др.); предшествующие данному заболеванию и операции, образ жизни (семейное положение, условия питания), привычки (употребление алкоголя, курение), половая жизнь, условия труда, все бытовые условия. Анамнез данного заболевания касается начала болезни, течения и лечения ее до дня исследования. Анамнез собирают из рассказа самого больного или окружающих его лиц <1>.

<1> Шкляр В.С. Диагностика внутренних болезней. Киев, 1960.

Диагноз. Диагноз (греч. **дельтайотаальфагаммиомегаомикронйотадзета** - распознавание) - заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента. Процесс установления диагноза называется диагностикой.

Вид оказанной медицинской помощи. К видам медицинской помощи отнесены: 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь (ч. 2 ст. 32 Закона).

Условия оказания медицинской помощи. Согласно ч. 3 ст. 32 комментируемого Закона медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Сроки оказания медицинской помощи. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания (ч. 5 ст. 21 Закона).

В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов РФ устанавливают сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке (ст. 81 Закона).

В качестве примера можно привести порядок и условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, в ряде регионов. Так, соответствующий Порядок оказания медицинской помощи, доставляемой в плановом порядке гражданам Российской Федерации, действует на территории Орловской области.

Объем, сроки, место и необходимость проведения диагностических и лечебных мероприятий определяются лечащим врачом.

При состоянии здоровья гражданина, требующем оказания экстренной медицинской помощи, осмотр гражданина и лечебные мероприятия осуществляются незамедлительно любым медицинским работником, к которому он обратился.

Сроки ожидания плановой стационарной медицинской помощи устанавливаются комиссионно в соответствии с медицинскими показаниями в порядке, установленном в каждом лечебно-профилактическом учреждении. Предельные сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов - не более 14 дней, диагностических исследований в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях - не более 1 месяца (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), очередность на проведение магнитно-резонансной томографии в плановом порядке - не более 2 месяцев.

Госпитализация гражданина в больничное учреждение осуществляется:

по направлению лечащего врача амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения здравоохранения;

по направлению скорой медицинской помощи;

при самостоятельном обращении больного по экстренным показаниям.

Очередность на плановую госпитализацию (за исключением высокотехнологичной помощи) не должна превышать 1 месяца.

При направлении гражданина лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний медицинские учреждения (медицинские организации), в которые направлен гражданин, должны фиксировать очередность в случае, когда срок ожидания гражданами медицинской услуги превышает 10 календарных дней.

Гражданин обязан соблюдать правила внутреннего распорядка медицинского учреждения и рекомендации лечащего врача.

Оказание медицинской помощи в медицинских учреждениях Орловской области осуществляется в установленном порядке, с учетом того что в стационарных учреждениях:

пациенты размещаются в палатах на два и более мест, а в одноместных палатах - по медицинским показаниям;

пациенты, роженицы, родильницы и кормящие матери обеспечиваются лечебным питанием;

одному из родителей (в том числе опекуну) или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется возможность находиться вместе с больным ребенком при условии обеспечения питания и койкой лица, ухаживающего за госпитализированным грудным ребенком, а также за ребенком до 3 лет и старше при наличии показаний для ухода, определяемых решением врачебной комиссии лечебного учреждения;

регистрация и осмотр пациента, доставленного в стационарное учреждение по экстренным медицинским показаниям, проводятся медицинским работником стационарного учреждения незамедлительно, повторный осмотр - не позднее чем через час после перевода в отделение;

регистрация и осмотр пациента, направленного в стационарное учреждение в плановом порядке,

проводятся медицинским работником стационарного учреждения в течение 2 часов с момента поступления.

В свою очередь, Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи на 2011 год предусматривает следующие правила в части сроков оказания медицинской помощи <1>.

<1> <http://www.viveya.khv.ru/node/252>

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам (взрослым и детям) безотлагательно при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения вне зависимости от наличия страхового полиса.

Выезд бригад, силами которых оказывается скорая медицинская помощь, на вызовы происходит в порядке их поступления. Первоочередному исполнению подлежат вызовы с экстренными поводами (дорожно-транспортные происшествия, падения с высоты, электротравмы, тяжелые травмы, кровотечения, отравления, судороги и пр.). Выезд бригад на вызовы осуществляется незамедлительно, прибытие на место вызова - в течение 20 минут.

Организация приема (предварительная запись, самозапись больных на амбулаторный прием) и порядок вызова врача на дом (с указанием телефонов, по которым регистрируются вызовы врача на дом, удобный режим работы регистратуры) регламентируются внутренними правилами работы учреждения здравоохранения. Время ожидания приема - не более 30 минут с момента, назначенного пациенту, за исключением случаев, когда врач участвует в оказании экстренной помощи другому пациенту.

Очередность к врачу-терапевту участковому (врачу общей практики) составляет не более пяти рабочих дней, к врачу-педиатру участковому - не более пяти рабочих дней, на диагностические исследования и прием врачей других специальностей - не более 14 рабочих дней (в диагностических центрах - до 1 месяца), на компьютерную томографию, компьютерную томографию с внутривенным усилением и ядерно-магнитно-резонансную томографию - не более 3 месяцев.

Время ожидания медицинского работника для оказания медицинской помощи на дому не должно превышать 8 часов с момента регистрации вызова, за исключением детей первого года жизни и детей медико-биологического риска, когда время ожидания не должно превышать 4 часов.

Плановая стационарная, в том числе специализированная, медицинская помощь предоставляется гражданам в порядке очередности в рамках государственного (муниципального) задания по реализации территориальной программы. Время ожидания определяется очередью на плановую госпитализацию, максимальный срок ожидания не может превышать 3 месяцев с момента записи на очередь, исключая онкологические заболевания или подозрения на них, заболевания с возможным ухудшением состояния здоровья, госпитализация при которых осуществляется не позднее 14 дней.

При госпитализации в стационар больной должен быть осмотрен врачом в приемном отделении не позднее 30 минут с момента обращения, при наличии показаний - госпитализирован в течение 2 часов. При угрожающих жизни состояниях больной должен быть осмотрен врачом и госпитализирован немедленно.

В случаях, когда для окончательного установления диагноза требуется динамическое наблюдение, допускается нахождение больного в палате наблюдения приемного отделения до 24 часов. За этот период больному осуществляют полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, данные о которых заносятся в лист наблюдения.

При госпитализации в стационар больные размещаются в палатах с соблюдением санитарно-гигиенических норм; при отсутствии в профильном отделении свободных мест допускается размещение больных, поступивших по экстренным показаниям, вне палаты на срок не более суток.

Объем оказанной медицинской помощи. Объемы медицинской помощи - показатели деятельности медицинских организаций по оказанию лечебно-профилактической, диагностической, лекарственной и другой медицинской помощи населению.

Результат обращения за медицинской помощью. Определяется общее состояние организма пациента после оказания ему медицинской помощи соответствующего вида.

Серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии). Листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ и иностранным гражданам и лицам без гражданства. [Форма бланка](#) листка нетрудоспособности утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 N 347н <1>.

<1> [Приказ](#) Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 N 347н "Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности" // Российская газета. 2011. N 132.

Сведения об оказанных медицинских услугах представляют собой информацию о виде конкретной медицинской помощи.

Примененные стандарты медицинской помощи. Согласно [ГОСТ Р 52977-2008](#) <1> стандарт медицинской помощи: нормативный документ, определяющий упорядоченную последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий с набором лечебно-диагностических манипуляций с определением формализованной программы действий врача по ведению пациента для каждого заболевания в сочетании со стоимостью медицинских услуг.

<1> Информатизация здоровья. Состав данных о взаиморасчетах за пролеченных пациентов для электронного обмена этими данными. Общие требования. [ГОСТ Р 52977-2008](#) (утв. Приказом Ростехрегулирования от 13.10.2008 N 240-ст). М., Стандартинформ, 2009.

Статья 95. Государственный контроль за обращением медицинских изделий

Комментарий к [статье 95](#)

В качестве вводной нормы в данной [статье](#) определено, что обращение медицинских изделий, если оно осуществляется на территории РФ, подлежит государственному контролю, который осуществляется уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти. Исходя из установленной компетенции и специфики сферы деятельности таким органом является Росздравнадзор.

Конкретные объекты контрольных мероприятий в рамках обращения медицинских изделий включают их:

- 1) технические испытания;
- 2) токсикологические исследования;
- 3) клинические испытания;
- 4) эффективность;
- 5) безопасность;
- 6) производство;
- 7) изготовление;

- 8) реализацию;
- 9) хранение;
- 10) транспортировку;
- 11) ввоз на территорию РФ;
- 12) вывоз с территории РФ;
- 13) монтаж;
- 14) наладку;
- 15) применение;
- 16) эксплуатацию, включая техническое обслуживание;
- 17) ремонт;
- 18) применение;
- 19) утилизацию;
- 20) уничтожение.

Приказом Минздравсоцразвития России от 08.09.2011 N 1027н утвержден Административный [регламент](#) Росздравнадзора по исполнению государственной функции по контролю за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения.

Государственный контроль за обращением медицинских изделий предусматривает следующие контрольно-надзорные мероприятия.

1. Проведение проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти правил в сфере обращения медицинских изделий.

Должностные лица Росздравнадзора (управлений Росздравнадзора по субъектам РФ) при проведении проверки обязаны:

- 1) своевременно и в полной мере исполнять предоставленные в соответствии с законодательством РФ полномочия по предупреждению, выявлению и пресечению нарушений обязательных требований;
- 2) соблюдать законодательство РФ, права и законные интересы организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, проверка которых проводится;
- 3) проводить проверку на основании приказа руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (управления Росздравнадзора по субъекту РФ) о ее проведении в соответствии с ее назначением;
- 4) проводить проверку только во время исполнения служебных обязанностей, выездную проверку только при предъявлении служебных удостоверений, копии приказа руководителя, заместителя руководителя Росздравнадзора (управления Росздравнадзора по субъекту РФ) о ее проведении и в предусмотренных законодательством РФ случаях копии документа о согласовании проведения проверки;
- 5) не препятствовать руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, присутствовать при проведении проверки и давать разъяснения по вопросам, относящимся к предмету проверки;

6) предоставлять руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, присутствующему при проведении проверки, информацию и документы, относящиеся к предмету проверки;

7) знакомить руководителя, иное должностное лицо или уполномоченного представителя организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, с результатами проверки, в том числе с актом проверки;

8) учитывать при определении мер, принимаемых по фактам выявленных нарушений, соответствие указанных мер тяжести нарушений, их потенциальной опасности для жизни, здоровья людей, а также не допускать необоснованное ограничение прав и законных интересов граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, юридических лиц;

9) доказывать обоснованность своих действий при их обжаловании организациями, осуществляющими производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, в порядке, установленном законодательством РФ;

10) соблюдать установленные законодательством РФ сроки проведения проверки;

11) не требовать от организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, документы и иные сведения, представление которых не предусмотрено законодательством РФ;

12) перед началом проведения выездной проверки по просьбе руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, ознакомить их с положениями административного регламента, в соответствии с которым проводится проверка;

13) осуществлять запись о проведенной проверке в журнале учета проверок.

Руководитель, иное должностное лицо или уполномоченный представитель организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, при проведении мероприятий по контролю имеют право:

1) непосредственно присутствовать при проведении проверки, давать объяснения по вопросам, относящимся к предмету проверки;

2) получать от Росздравнадзора (управлений Росздравнадзора по субъектам РФ), их должностных лиц информацию, которая относится к предмету проверки и предоставление которой предусмотрено законодательством РФ;

3) знакомиться с результатами проверки и указывать в акте проверки о своем ознакомлении с результатами проверки, согласии или несогласии с ними, а также с отдельными действиями должностных лиц;

4) обжаловать действия (бездействие) должностных лиц Росздравнадзора (управлений Росздравнадзора по субъектам РФ), повлекшие за собой нарушение прав организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, при проведении проверки, в административном и (или) судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

Руководитель, иное должностное лицо или уполномоченный представитель организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, при проведении мероприятий по контролю обязаны:

1) вести журнал учета проверок по типовой форме;

2) предоставить копии документов и пояснения по запросу Росздравнадзора (управлений Росздравнадзора по субъектам РФ) при проведении документальной проверки;

3) предоставить должностным лицам Росздравнадзора (управлений Росздравнадзора по субъектам РФ), проводящим выездную проверку, возможность ознакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом выездной проверки, в случае если выездной проверке не предшествовало проведение документальной проверки, а также обеспечить доступ проводящих выездную проверку должностных лиц на территорию, в используемые организацией, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, при осуществлении деятельности здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию, подобным объектам, транспортным средствам и перевозимым ею грузам.

Юридическими фактами, которыми заканчивается исполнение государственной функции, являются:

1) вручение (направление) акта проверки организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, ее руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю;

2) выдача предписания руководителю, иному должностному лицу или уполномоченному представителю организации, осуществляющей производство, оборот и использование изделий медицинского назначения, об устранении выявленных нарушений обязательных требований;

3) направление в установленном порядке информации в правоохранительные органы и органы прокуратуры о нарушениях обязательных требований, содержащих признаки преступлений, в соответствии с законодательством РФ.

Ежегодные планы проведения плановых проверок размещаются Росздравнадзором на официальном интернет-сайте Росздравнадзора, за исключением информации, свободное распространение которой запрещено или ограничено в соответствии с законодательством РФ.

Плановая проверка проводится в форме документальной проверки и (или) выездной проверки. Плановая проверка проводится не более чем один раз в 3 года.

Внеплановые проверки деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения (далее - внеплановые проверки), производятся в целях контроля соблюдения ими обязательных требований, выполнения предписаний Росздравнадзора (управлений Росздравнадзора по субъектам РФ), предотвращения причинения вреда жизни, здоровью граждан.

Срок исполнения государственной функции (срок проведения проверки) не может превышать 20 рабочих дней.

2. Выдача разрешений на ввоз на территорию РФ медицинских изделий в целях их государственной регистрации.

Как указано выше, Минздравсоцразвития России разработан проект Приказа от 13.12.2011, определяющего порядок ввоза на территорию РФ медицинских изделий в целях государственной регистрации. Данный нормативный документ должен быть принят в ближайшее время.

Как следует из проекта приказа, для получения разрешения на ввоз медицинских изделий юридическое лицо (заявитель) представляет в Росздравнадзор заверенные подписью и печатью заявителя копии следующих документов:

а) заявление на ввоз медицинского изделия;

б) копии контрактов, содержащие сведения о ввозимых медицинских изделиях и об условиях их приобретения, а также сведения о фактических ценах ввозимых медицинских изделий и об объемах их ввоза;

в) копии договора и/или доверенности, подтверждающих полномочия представителя производителя по всем вопросам конструкции, технических характеристик, качества, эффективности, безопасности изделия медицинского назначения, в том случае, если ввоз медицинского изделия производится

уполномоченным представителем производителя;

г) копии учредительных и регистрационных документов заявителя (документы, подтверждающие регистрацию в качестве юридического лица или индивидуального предпринимателя, документы, подтверждающие постановку на учет в налоговом органе);

д) копия документа, подтверждающего разрешение обращения за пределами Российской Федерации ввозимого на территорию РФ медицинского изделия.

Заявление на ввоз медицинского изделия, предназначенного для проведения испытаний, в целях государственной регистрации должно содержать следующую информацию: наименование медицинского изделия с указанием комплектации, количество, заводской номер, номер серии или номер партии, дату изготовления медицинского изделия, сведения о заявителе и производителе медицинского изделия (наименование (полное и, если имеется, сокращенное, фирменное), адрес места нахождения юридического лица, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства физического лица (индивидуального предпринимателя), государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, ИНН, ОГРН, телефон, факс, e-mail), сведения об организации, в которой планируется проведение испытаний, предполагаемую область применения, предполагаемый класс потенциального риска применения, имеющиеся сведения об аналогах медицинского изделия, зарегистрированных в Российской Федерации (при наличии).

Росздравнадзор выдает разрешение на ввоз медицинских изделий в срок, не превышающий 15 рабочих дней со дня подачи указанных выше документов.

В случае отрицательного заключения заявителю сообщается об этом в письменной форме в указанный срок.

3. Проведение мониторинга безопасности медицинских изделий (см. [комментарий к ст. 96 Закона](#)).

4. Осуществление лицензирования производства и технического обслуживания медицинских изделий.

Основным нормативным актом, регламентирующим вопросы лицензирования, как известно, является Федеральный [закон](#) от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" <1>, которым определены основные категории, виды лицензируемой деятельности, общие условия и порядок выдачи лицензии.

<1> СЗ РФ. 2011. N 19. Ст. 2716.

Согласно указанному [Закону](#) лицензия - специальное разрешение на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности (выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности), которое подтверждается документом, выданным лицензирующим органом на бумажном носителе или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, в случае если в заявлении о предоставлении лицензии указывалось на необходимость выдачи такого документа в форме электронного документа.

Лицензирование - деятельность лицензирующих органов по предоставлению, переоформлению лицензий, продлению срока действия лицензий, в случае если ограничение срока действия лицензий предусмотрено федеральными законами, осуществлению лицензионного контроля, приостановлению, возобновлению, прекращению действия и аннулированию лицензий, формированию и ведению реестра лицензий, формированию государственного информационного ресурса, а также по предоставлению в установленном порядке информации по вопросам лицензирования ([ст. 3 Закона](#)). В сфере здравоохранения в настоящий период имеются ряд подзаконных актов, регламентирующих процедуры лицензирования отдельных видов деятельности. В частности, Правительством РФ утверждены [Положение](#) о лицензировании производства медицинской техники <1>, [Положение](#) о лицензировании

технического обслуживания медицинской техники <2>, [Положение](#) о лицензировании производства лекарственных средств <3>.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 22.01.2007 N 33 "Об утверждении Положения о лицензировании производства медицинской техники" (ред. от 24.09.2010) // СЗ РФ. 2007. N 5. Ст. 659.

<2> [Постановление](#) Правительства РФ от 22.01.2007 N 32 "Об утверждении Положения о лицензировании технического обслуживания медицинской техники (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя)" (ред. от 24.09.2010) // СЗ РФ. 2007. N 5. Ст. 658.

<3> [Постановление](#) Правительства РФ от 03.09.2010 N 684 "Об утверждении Положения о лицензировании производства лекарственных средств" // СЗ РФ. 2010. N 37. Ст. 4698.

За предоставление, переоформление лицензии, выдачу ее дубликата уплачивается государственная пошлина. В частности, в [п. 92 ст. 333.33](#) НК РФ определены следующие размеры государственной пошлины за действия уполномоченных органов, связанные с лицензированием:

- 1) предоставление лицензии - 2600 рублей;
- 2) переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии, и (или) приложения к такому документу - 2600 рублей;
- 3) выдача дубликата документа, подтверждающего наличие лицензии, - 200 рублей.

Сроки действия лицензии определены в [ст. 9](#) Закона о лицензировании. Юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, получившие лицензию, вправе осуществлять деятельность, на которую предоставлена лицензия, на всей территории РФ со дня, следующего за днем принятия решения о предоставлении лицензии.

Днем принятия решения о предоставлении лицензии является день одновременно осуществляемых внесения записи о предоставлении лицензии в реестр лицензий, присвоения лицензии регистрационного номера и регистрации приказа (распоряжения) руководителя, заместителя руководителя лицензирующего органа о предоставлении лицензии. Лицензия действует бессрочно.

Лицензирование деятельности по производству и техническому обслуживанию медицинской техники предлагается отменить с момента вступления в силу соответствующих технических регламентов.

Статья 96. Мониторинг безопасности медицинских изделий

Комментарий к [статье 96](#)

Мониторинг (от лат. monitor - напоминающий, надзирающий) - непрерывное наблюдение за объектами, анализ их деятельности как составная часть управления <1>.

<1> Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. 5-е изд., перераб. и доп. // URL: <http://www.slovari.yandex.ru/dict/economic>.

Основная сфера практического применения мониторинга - информационное обслуживание управления в различных областях деятельности, в том числе в процессе реализации приоритетных национальных проектов, цель мониторинга - обеспечение органов управления достоверной, необходимой и своевременной информацией о состоянии и развитии объекта мониторинга.

Важность мониторинга в настоящий момент трудно переоценить. Справедливо полагают о необходимости того, чтобы мониторинг стал системным и базовым методом административного управления в сфере здравоохранения и иных социальных сферах <1>.

<1> Соколова О.С., Тэн С.В. [Осуществление мониторинга реализации](#) приоритетного национального проекта "Здоровье" в муниципальных образованиях // Государственная власть и местное самоуправление. 2009. N 8. С. 34 - 37.

Кроме того, мониторинг служит средством, позволяющим осуществлять проверку некоторых видов медицинских изделий, в частности, защиту от подделок. Вполне справедливо считают, что фальсификация лекарственных средств представляет реальную угрозу экономической и социальной безопасности страны, здоровью каждого человека, принимающего лекарства <1>.

<1> [Фальсификация лекарственных средств в России](#) / А.Ю. Васильев, А.А. Крылов, А.А. Майдыков и др.; под ред. С.В. Максимова. М.: Юрайт, 2008.

Для противодействия угрозе контрафактной лекарственной продукции в 2007 г. Росздравнадзор создал Российский федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств <1>. Представляется, что по данному направлению должна строиться практика осуществления мониторинга и в более широкой сфере медицинских изделий, представляющих, как известно, достаточно широкий перечень.

<1> Юргель Н.В. Основные направления государственного регулирования фармрынка в современных условиях // Вестник Росздравнадзора. 2008. N 1. С. 5.

Медицинские изделия, находящиеся в обращении на территории РФ, подлежат мониторингу безопасности в целях выявления и предотвращения побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Результаты проведения мониторинга нередко облекаются в обобщения, которые доводятся до всех заинтересованных лиц уполномоченными государственными органами. В качестве примера можно привести [письмо](#) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) от 22.04.2009 N 01-6819/09 "О мониторинге эффективности и безопасности лекарственных средств, содержащихся в изделиях медицинского назначения" <1>, в котором предложено уделять особое внимание и оперативно сообщать в Росздравнадзор о случаях развития нежелательных побочных реакций при использовании отдельных видов медицинской продукции.

<1> Бюллетень нормативно-справочной информации по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. 2009. Вып. 4.

В настоящий момент Минздравсоцразвития России подготовлен проект приказа, устанавливающего Порядок осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий. Следует привести некоторые положения из данного проекта документа.

Мониторинг проводится Росздравнадзором на основании:

1) сообщений, полученных от лиц по роду их профессиональной деятельности:

о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия;

о нежелательных реакциях при применении медицинского изделия;

об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой;

о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;

2) сообщений, полученных от физических лиц, в том числе пациентов, индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц, осуществляющих деятельность при обращении медицинских изделий;

3) периодических отчетов по безопасности медицинских изделий (далее - периодический отчет), содержащих информацию по безопасности конкретного медицинского изделия, полученную из сообщений, полученных от лиц по роду их профессиональной деятельности или пациентов, которые содержат обоснованную оценку ожидаемой пользы и возможного риска применения и предоставляемые в установленные настоящим Порядком сроки;

4) информации, полученной при осуществлении контрольных и надзорных функций в сфере здравоохранения.

Сообщения в письменной форме или в форме электронного документа направляются в Росздравнадзор в срок не позднее 30 календарных дней со дня, когда стала известна соответствующая информация.

Периодические отчеты направляются производителем и (или) уполномоченным представителем производителя медицинского изделия, на имя которого выдано регистрационное удостоверение медицинского изделия, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на электронном и бумажном носителях в сроки, отсчитываемые с даты регистрации медицинского изделия:

в течение первых двух лет регистрации медицинского изделия - каждые 6 месяцев;

в течение последующих 2 лет - третьего и четвертого года регистрации медицинского изделия - ежегодно;

начиная с пятого года регистрации медицинского изделия - 1 раз в 3 года.

Периодические отчеты представляются не позднее 30 дней с даты окончания срока отсчета.

Росздравнадзор осуществляет в оперативном режиме обработку полученной информации и ее регистрацию путем внесения в базу данных мониторинга, которая представляет собой электронную информационно-аналитическую систему в сети Интернет.

Росздравнадзор проводит анализ полученной информации и принимает решение о внесении изменений в инструкцию по применению или руководство по эксплуатации медицинского изделия, о приостановлении применения или о возобновлении применения медицинского изделия, об изъятии из обращения медицинского изделия.

В случае если по результатам мониторинга будет установлено, что применение медицинского изделия представляет угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сведения о медицинском изделии не соответствуют сведениям о медицинском изделии, содержащимся в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, Росздравнадзором принимается решение о приостановлении применения медицинского изделия, о внесении изменений в инструкцию по применению или руководство по эксплуатации медицинского изделия, об изъятии из обращения медицинского изделия.

Если информация о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации зарегистрированных медицинских изделий и т.п., не подтверждается, то Росздравнадзор возобновляет

применение и обращение такого медицинского изделия.

Росздравнадзор по результатам мониторинга размещает на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о принятых решениях о внесении изменений в инструкцию по применению или руководство по эксплуатации медицинского изделия, о приостановлении применения или о возобновлении применения медицинского изделия, об изъятии из обращения медицинского изделия.

Информация, размещенная в сети Интернет, открыта и общедоступна. Обновление информации осуществляется непрерывно. Защита данных по мониторингу безопасности медицинских изделий от несанкционированного доступа осуществляется встроенными средствами операционной системы и системой управления данными.

Статья 97. Медицинская статистика

Комментарий к [статье 97](#)

Настоящая [статья](#) посвящена вопросам медицинской статистики, осуществление которой в сфере здравоохранения является одной из форм взаимодействия органов публичной власти и медицинских и иных организаций.

Статистика - общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. Применительно к сфере здравоохранения она является одним из неотъемлемых элементов системы контроля, призванного обеспечить необходимое предупреждение, выявление и устранение проблем в реализации прав граждан на охрану здоровья.

Предварительно следует отметить, что положения о медицинской статистике в качестве самостоятельной [статьи](#) впервые нашли отражение только в комментируемом Законе. В Основы законодательства 1993 г. отдельной статьи не было и содержалось лишь упоминание об организации установления единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан в качестве полномочия федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья ([п. 17 ч. 1 ст. 5 Основ](#)). Поэтому можно сказать, что нормы о статистике в сфере медицины - это новации законодательства об охране здоровья граждан.

Как следует из положений комментируемой [статьи](#), медицинская статистика выступает в качестве самостоятельной отрасли статистики. При этом сама по себе медицинская статистика органично включается в сферу более широкого формата статистического учета, объединяемого под общим названием "социально-экономическая статистика". Как известно, сфера здравоохранения - одна из социальных отраслей народного хозяйства и имеет единую связь со всей системой социально-экономического учета.

Следует дать некоторое представление о медицинской статистике как институциональном образовании в статистике. Медицинская статистика (синонимы: санитарная статистика, статистика в медицине и здравоохранении, медико-санитарная статистика, статистический метод в медицине и здравоохранении) - отрасль статистики, изучающая явления и процессы в области здоровья населения и здравоохранения.

Основными задачами медицинской статистики являются разработка специальных методов исследования массовых процессов и явлений в медицине и здравоохранении; выявление наиболее существенных закономерностей и тенденций в здоровье населения в целом и в различных его группах (возрастных, половых, профессиональных и др.) во взаимосвязи с конкретными условиями и образом жизни: изучение и оценка состояния и динамики развития сети, деятельности учреждений здравоохранения и медицинских кадров.

Объектом медико-статистического исследования являются массовые процессы, происходящие среди населения, в сферах оказания медпомощи и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, анализ которых позволяет вскрыть и охарактеризовать количественно закономерности и особенности здоровья населения в целом и составляющих его групп, развитие и течение болезней среди различных групп населения, деятельность органов и учреждений здравоохранения.

Важное место в медицинской статистике занимают фактические медико-статистические данные, регулярно собираемые, обрабатываемые, анализируемые и используемые в повседневной оперативной работе учреждениями и органами здравоохранения, а также направляемые в строго установленном порядке по подчиненности в виде специальных документов государственной медицинской отчетности.

С этой целью в системе здравоохранения создана медико-статистическая служба, низовым звеном которой являются кабинеты медицинского учета и статистики медицинских учреждений. Главной задачей этой службы является обеспечение учреждений и органов здравоохранения достоверной, полной и своевременной информацией.

Одним из важных направлений медицинской статистики является разработка научно обоснованных критериев (показателей) состояния здоровья населения и деятельности учреждений и органов здравоохранения, а также систем таких критериев (показателей), которые могут быть использованы в процессе управленческой работы с целью объективной оценки складывающихся конкретных ситуаций (врачебной деятельности, деятельности конкретных учреждений, их групп и т.д.), их планирования и прогнозирования.

Медико-статистические показатели периодически пересматриваются в соответствии с новыми задачами здравоохранения, развитием медицинской науки и практики, технической оснащенности служб здравоохранения.

С точки зрения легального определения медицинская статистика как отрасль статистики включает статистические данные о медицине, гигиене, здоровье населения, об использовании ресурсов здравоохранения, о деятельности медицинских организаций.

Статистические данные в названных направлениях изучаются с помощью статистических показателей. Например, "статистическая картина" здоровья населения раскрывается при использовании показателей естественного (рождаемости и смертности) движения населения (в том числе младенческой и материнской смертности), показателей средней продолжительности жизни, показателей физического развития, показателей инвалидности и реабилитации и т.п.

В свою очередь, статистические данные об использовании ресурсов здравоохранения и деятельности медицинских организаций можно получить с помощью показателей эффективности диспансерного наблюдения, качества врачебной диагностики в поликлинике и стационаре, показателей, используемых для проведения анализа экономической деятельности поликлиники, обновления основных фондов, анализа эффективности использования коечного фонда.

Сбор необходимых данных для осуществления медицинской статистики осуществляется путем статистического наблюдения. Это предварительная стадия статистического исследования, которая представляет собой планомерный, научно организованный учет (сбор) первичных статистических данных о массовых социально-экономических явлениях и процессах.

Не всякий сбор данных можно назвать статистическим наблюдением. Наблюдение будет статистическим, во-первых, когда оно сопровождается регистрацией изучаемых фактов в соответствующих учетных документах для дальнейшего их обобщения, во-вторых, - когда носит массовый характер. Это обеспечивает охват значительного числа случаев проявления того или иного процесса, необходимого и достаточного для того, чтобы получить данные, которые касаются не только отдельных единиц совокупности, но и всей совокупности в целом.

Статистическое наблюдение должно отвечать ряду важнейших требований:

- а) проводиться непрерывно и систематически;
- б) учет массовых данных должен быть таким, чтобы не только обеспечивалась полнота данных, но и учитывалось их постоянное изменение;
- в) данные должны быть максимально достоверны и точны;
- г) исследуемые явления должны иметь не только научную, но и практическую ценность.

Сбор статистических данных может проводиться как органами государственной статистики, научно-исследовательскими институтами, другими государственными структурами, так и экономическими службами банков, бирж, предприятий, фирм. Только в этом случае исследователи получают достоверную и достаточно разнообразную статистическую информацию, позволяющую всесторонне изучать социально-экономические явления.

Как определено в **Законе**, статистическое наблюдение в сфере здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Представляется, что данный орган должен быть определен в ближайшее время.

Кроме того, уполномоченным федеральным органом исполнительной власти должны быть определены методические аспекты статистики в сфере здравоохранения. В частности, на уровне подзаконного акта должны быть утверждены порядок осуществления статистического наблюдения в сфере здравоохранения, формы статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, порядок их заполнения и сроки представления.

Официальная статистическая информация в сфере здравоохранения является общедоступной и размещается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в средствах массовой информации, в том числе в сети Интернет.

Обеспечение доступности статистической информации как одно из перспективных направлений представлено в ведомственных документах Росстата. Так, 28.01.2011 Росстат утвердил Концепцию развития информационно-вычислительной системы (ИВС) Росстата на 2011 - 2017 годы. В Концепции обозначен ряд принципов, направленных на обеспечение доступности.

Во-первых, это принцип высокой доступности информации (п. 4.2.3). Следование принципу высокой доступности информации в первую очередь означает реализацию удаленного санкционированного доступа к информационным ресурсам территориальных органов государственной статистики, включая существующие операционные базы данных и хранилища данных.

Во-вторых, принцип централизации распространения официальной статистической информации (п. 4.2.4). Следование принципу централизации распространения официальной статистической информации означает развитие единого интернет-портала Росстата по следующим направлениям:

централизация аппаратных и программных ресурсов. Должно быть реализовано централизованное решение, при котором все интернет-порталы Росстата, включая интернет-порталы ТОГС, размещаются на общей аппаратной и программной платформе в центральном узле;

унификация и стандартизация решений и технологий, создание организационно-методического обеспечения стандартизации и унификации приложений и сервисов интернет-порталов Росстата;

персонализация представления статистических данных. Должно быть реализовано представление статистических данных для различных групп пользователей и целевых аудиторий.

Следуя принципу централизации распространения официальной статистической информации, единый интернет-портал Росстата должен обеспечивать следующие возможности:

высокую доступность официальной статистической информации;

единые интерфейсы интерактивных приложений;

общую навигацию и сквозной поиск официальной статистической информации;

целостность и достоверность предоставляемых пользователям информационных ресурсов;

единообразие процедур управления содержанием и сервисами, программно-технологического администрирования и организации системы защиты информации;

предоставление пользователям интернет-портала Росстата доступа к Единой системе метаданных;

предоставление пользователям единого интернет-портала Росстата возможности эффективной и удобной работы со статистической информацией, представленной на интерактивных тематических витринах;

стандартизацию и унификацию при интеграции в единый интернет-портал Росстата новых сервисов и приложений;

стандартизацию и унификацию представления на едином интернет-портале Росстата различных видов статистических публикаций.

На данный момент в соответствии с [Постановлением](#) Правительства РФ от 26.05.2011 N 367 <1> осуществляется переход к единой межведомственной информационно-статистической системе (далее - межведомственная система). Указанным Постановлением Правительства РФ утверждено [Положение](#) об этой системе.

<1> [Постановление](#) Правительства РФ от 26.05.2010 N 367 "О единой межведомственной информационно-статистической системе" (ред. от 27.12.2010) // СЗ РФ. 2010. N 22. Ст. 2779.

Межведомственная система создается в целях обеспечения доступа с использованием сети Интернет государственных органов, органов местного самоуправления, юридических и физических лиц (пользователи межведомственной системы) к официальной статистической информации, включая метаданные, формируемой в соответствии с федеральным планом статистических работ.

Доступ к официальной статистической информации, включенной в состав статистических ресурсов, входящих в межведомственную систему, осуществляется на безвозмездной и недискриминационной основе ([п. п. 3 и 4 Положения](#)).

Средства массовой информации имеют достаточно широкое определение. В [Законе](#) РФ от 27.12.1991 N 2124-1 "О средствах массовой информации" <1> под таковыми понимается периодическое печатное издание, сетевое издание, телеканал, радиоканал, телепрограмма, радиопрограмма, видеопрограмма, кинохроникальная программа, иная форма периодического распространения массовой информации под постоянным наименованием (названием).

<1> Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. N 7. Ст. 300.

Статистическая информация, как правило, доводится до населения в специально публикуемых статистических сборниках. В качестве примера подобных изданий можно привести "Российский статистический ежегодник. Статистический сборник", в котором представляются данные о социально-экономическом положении страны за истекший период. При этом все показатели даются в динамике в сравнении с прошлыми учетными периодами.

Глава 13. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья

Комментарий к [статье 98](#)

Как следует из [ч. 1 комментируемой статьи](#), к лицам, обязанным нести ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством РФ, отнесены органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций.

Вред, причиненный гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания не соответствующего закону или иному правовому акту акта

государственного органа или органа местного самоуправления, подлежит возмещению. Вред возмещается за счет соответственно казны РФ, казны субъекта РФ или казны муниципального образования ([ст. 1069 ГК РФ](#)).

Должностное лицо - лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющее организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственном органе или органе местного самоуправления.

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Возможными правовыми последствиями за нарушение законодательства в этой сфере выступают следующие виды юридической ответственности:

- 1) дисциплинарная;
- 2) административная;
- 3) уголовная;
- 4) гражданско-правовая.

Дисциплинарная ответственность предполагает наложение мер за дисциплинарные проступки на рабочих и служащих администрацией предприятий, учреждений, организаций. Привлечение к дисциплинарной ответственности должно осуществляться работодателем согласно правилам внутреннего трудового распорядка. Процедура применения дисциплинарных взысканий определяется в правилах внутреннего трудового распорядка в соответствии с Трудовым [кодексом](#) РФ 2001 г. <1>.

<1> СЗ РФ. 2002. N 1 (ч. I). Ст. 3.

В соответствии со [ст. 192](#) ТК РФ за совершение дисциплинарного проступка, т.е. за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Конкретные меры дисциплинарных взысканий определяет руководитель медицинского учреждения, исходя из степени тяжести допущенного сотрудником дисциплинарного проступка. В учет оценки вины работника входят обстоятельства, при которых допущено неисполнение (ненадлежащее) исполнение возложенных на него служебных обязанностей, предыдущее отношение к выполнению работы, наличие дисциплинарных взысканий за предыдущий период работы либо применение мер поощрений и т.п.

Административная ответственность применяется за административные проступки органами внутренних дел, административными комиссиями при районной, городской администрации, различными инспекциями, в том числе и санитарными, а в отдельных случаях также и судом. Такая ответственность может наступить в виде предупреждения, штрафа, временного лишения определенного права и др.

Общегосударственные интересы, охрана которых предусмотрена в охранительных институтах административного права, защищаются независимо от защиты интересов частных лиц.

Административная ответственность заключается в применении к лицу (субъекту), совершившему административное правонарушение, предусмотренных законом мер государственного принуждения в

установленном для этого процессуальном порядке.

Кодекс РФ об административных правонарушениях 2001 г. <1> содержит различные составы правонарушений в сфере обеспечения здоровья граждан.

<1> СЗ РФ. 2002. N 1 (ч. I). Ст. 1.

Применительно к рассматриваемому вопросу основанием для наступления ответственности могут являться нарушения конституционных положений, имеющих, как известно, прямое действие. Так, Конституция РФ (**ч. 3 ст. 41**) предусматривает ответственность за сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, в соответствии с федеральным законом. Под сокрытием фактов и обстоятельств понимается не только утаивание определенной информации, но и распространение заведомо недостоверной информации о состоянии окружающей среды, санитарно-эпидемиологической обстановке и других фактах и событиях (катастрофах, авариях и т.д.). За нарушение данного предписания установлена административная ответственность по **ст. 8.5** "Соккрытие или искажение экологической информации" КоАП РФ.

Стоит отметить, что последствия совершения данного деяния могут иметь не только административно-правовой, но и уголовно-правовой характер.

Кроме того, в рамках административной юстиции на защиту граждан от посягательств в сфере обеспечения их прав в сфере охраны здоровья направлены положения специальной **гл. 6** "Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность" КоАП РФ. К числу административных составов в рассматриваемой сфере можно отнести следующие правонарушения:

сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения (**ст. 6.1**);

незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством) (**ст. 6.2**);

нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и законодательства о техническом регулировании (**ст. 6.3**);

нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта (**ст. 6.4**);

нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде (**ст. 6.5**);

нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения (**ст. 6.6**);

нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям воспитания и обучения (**ст. 6.7**);

незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (**ст. 6.8**);

потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (**ст. 6.9**);

вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, спиртных напитков или одурманивающих веществ (**ст. 6.10**);

пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры (**ст. 6.13**);

производство либо оборот этилового спирта, алкогольной или спиртосодержащей продукции, не

соответствующих требованиям государственных стандартов, санитарным правилам и гигиеническим нормативам (ст. 6.14);

нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры (ст. 6.16);

нарушение установленных законодательством о физической культуре и спорте требований о предотвращении допинга в спорте и борьбе с ним (ст. 6.18).

Уголовная ответственность выступает в качестве правового последствия совершенного преступления и выражается в государственном принуждении в форме наказания. Для привлечения к уголовной ответственности необходимо возбуждение уголовного дела, последующее расследование и судебное разбирательство.

В соответствии со ст. 14 УК РФ основанием привлечения конкретного лица или медицинского работника к уголовной ответственности является совершение им правонарушения - преступления, под которым понимают виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ под угрозой наказания.

Уголовная ответственность применяется за совершение преступлений, т.е. общественно опасных деяний, запрещенных нормами уголовного права, источником которых является Уголовный кодекс РФ. Преступление влечет уголовное наказание в виде штрафа, исправительных работ, лишения свободы и даже исключительную меру наказания.

Как указано выше, за нарушение конституционных положений об обеспечении права каждого на информацию о состоянии окружающей среды (ч. 3 ст. 41 Конституции РФ) предусмотрена как административная, так и уголовная ответственность. Применительно к уголовному праву за нарушение данного предписания установлена уголовная ответственность по ст. 237 "Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей" УК РФ. Субъект правонарушения специальный - соответствующее должностное лицо, в служебные обязанности которого входит предоставление населению необходимой информации.

В свою очередь, уголовно-правовые деяния в сфере прав граждан на охрану здоровья, находящиеся под запретом уголовного права, объединены в гл. 25 "Преступления против здоровья населения и общественной нравственности" УК РФ. К числу уголовно-правовых составов в рассматриваемой сфере можно отнести следующие преступления:

незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов (ст. 228);

незаконные производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов (ст. 228.1);

нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228.2);

склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ (ст. 230);

организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ (ст. 232);

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);

производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание

услуг, не отвечающих требованиям безопасности ([ст. 238](#)).

Гражданско-правовая ответственность представляет собой установленные нормами гражданского права юридические последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения лицом своих обязанностей, что связано с нарушением субъективных гражданских прав другого лица.

Гражданско-правовая ответственность наступает в случае нанесения материального или морального вреда здоровью, подлежащего возмещению виновными лицами или организациями ([гл. 59](#) ГК РФ).

Гражданско-правовая ответственность в сфере охраны здоровья граждан является, как правило, внедоговорной (деликтной). Такая ответственность наступает в случаях, предусмотренных законом.

Основанием для возмещения вреда является ненадлежащее исполнение своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь. По общему правилу ответственность за действия своих сотрудников несут организации.

Согласно [ст. 1068](#) ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред (ущерб), причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Учреждения здравоохранения независимо от форм собственности, а также частнопрактикующие врачи (специалисты, работники), участвующие в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за вред (ущерб), причиненный застрахованным гражданам их врачами либо другими работниками здравоохранения.

Существуют общие правила возмещения вреда, предполагающие соблюдение принципов (условий) возложения гражданско-правовой ответственности:

- 1) противоправное нарушение возложенных законом или договором обязанностей и прав других лиц;
- 2) наличие вреда (убытков);
- 3) причинная связь между поведением правонарушителя и наступившими последствиями;
- 4) вина правонарушителя.

Существенным обстоятельством для возложения ответственности на виновных лиц является необходимость установления причинно-следственной связи между возникшим вредом и действиями (бездействием) конкретных лиц, ответственных за проведение лечения граждан.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно-следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) работников учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) и наступившими последствиями у застрахованного пациента.

В случае, когда медицинскую помощь ненадлежащего качества оказали несколько учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) либо действия самого пациента оказали влияние на качество медицинской помощи, наступает смешанная ответственность. При этом ее размер определяется соответственно степени вины каждой из сторон.

Согласно [ст. 1064](#) ГК РФ вред (ущерб), причиненный личности (в системе обязательного медицинского страхования - застрахованному), подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ущерб).

Законом обязанность возмещения вреда (ущерба) может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда (ущерба).

Вред здоровью подлежит определению в установленном законом порядке, а именно перечисленными в законе средствами доказывания. Особое значение при решении вопросов о наличии

вреда здоровью, его размере, причинной связи между деянием (действием или бездействием) и наступившими неблагоприятными последствиями для здоровья имеет экспертное заключение, полученное в установленном порядке.

Возмещение вреда (ущерба) состоит в выплате потерпевшему денежной суммы, которую он произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного здоровья в связи с оказанием ему некачественной медицинской или лекарственной помощи, а также возмещением упущенной выгоды и морального ущерба.

Таким образом, убытки у потерпевшего могут возникнуть в связи с его расходами на лечение, послеоперационное восстановление и реабилитацию, составляющие реальный ущерб. Кроме того, в перечень возможных убытков может быть включена упущенная выгода, представляющая неполученные доходы в результате совершенного правонарушения.

Лица, совместно причинившие вред (ущерб), отвечают перед потерпевшим солидарно (ст. 1080 ГК РФ).

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

Таким образом, медицинское учреждение, возместившее вред пациенту за своих сотрудников, в дальнейшем получает права по взысканию с них суммы возмещения.

Следует учесть, что ст. 238 ТК РФ предусмотрена материальная ответственность за ущерб, причиненный работодателю. Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

В соответствии с п. 15 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16 ноября 2006 г. N 52 "О применении судами законодательства, регулирующего материальную ответственность работников за ущерб, причиненный работодателю" <1> под ущербом, который работник обязан возместить, понимается необходимость для работодателя произвести затраты на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

<1> СЗ РФ. 1994. N 32. Ст. 3301.

Под ущербом, причиненным работником третьим лицам, следует понимать все суммы, которые выплачены работодателем третьим лицам в счет возмещения ущерба. При этом необходимо иметь в виду, что работник может нести ответственность лишь в пределах этих сумм и при условии наличия причинно-следственной связи между виновными действиями (бездействием) работника и причинением ущерба третьим лицам.

Размер возмещения зависит от величины понесенных на лечение расходов, длительности нетрудоспособности застрахованного, результата (выздоровление, хронизация полученного заболевания либо травмы, инвалидность, смерть застрахованного), а для работающего - также от степени утраты трудоспособности и размера утраченного заработка (дохода).

Размер возмещения определяется на основании счетов соответствующих организаций и других документов либо согласно ценам, сложившимся в той местности, в которой потерпевший понес эти расходы, а также документов, подтверждающих размер утраченного заработка.

Суммы возмещения вреда (ущерба) подлежат индексации в связи с повышением стоимости жизни в установленном законом порядке.

В числе способов защиты прав, установленных ст. 12 Гражданского кодекса РФ (часть первая) <1>, предусмотрена компенсация морального вреда.

<1> СЗ РФ. 1994. N 32. Ст. 3301.

Нематериальные блага согласно [ст. 150](#) ГК РФ помимо прочих включают также жизнь и здоровье гражданина, которые принадлежат ему от рождения и неотчуждаемы.

Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда ([ст. 151](#) ГК РФ).

По общему правилу моральный вред может быть причинен только гражданину (физическому лицу), что связано с физиологическими особенностями человеческого организма, способного воспринимать воздействие внешних физических факторов и реагировать на это воздействие естественным образом. Суду предоставлено право самостоятельно определять размер возмещения с учетом всех обстоятельств, как способствующих наступлению ущерба, так и являющихся проявлением последствий такого воздействия. Оценке подлежит степень физических и нравственных страданий лица, которому причинен вред, с учетом его индивидуальных особенностей. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

К компенсации морального вреда при нарушении личных неимущественных прав граждан относится компенсация морального вреда, причиненного не только повреждением здоровья, но и смертью человека. В этом случае потерпевшими считаются близкие родственники лица, умершего в результате проведения иммунопрофилактических мероприятий.

Согласно [ст. 1094](#) ГК РФ лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

Как известно, деятельность медицинских работников имеет особую социальную значимость, поскольку в руках врачей оказывается жизнь конкретного человека. С учетом этого, естественно, риск от неправильного медицинского вмешательства значительно возрастает как для самого пациента, так и для врача.

В [Законе](#), к сожалению, не нашли отражение конкретные статьи, регламентирующие вопросы профессиональной ошибки врачей, а они, как известно, не исключены в практике любого медицинского работника. Хотя в проекте и предусматривалась соответствующая норма, и даже определение профессиональной ошибки. Данное нормативное решение, не нашедшее поддержки законодателя, на перспективу вполне согласовывалось бы с нормами проекта Федерального закона "Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентом", принятие которого более четко и взвешенно определило бы механизм страхования и обеспечения страховых выплат при наступлении страховых случаев.

Представляется, что данная проблема своими корнями уходит в морально-этические аспекты медицинской деятельности, которые априори не предполагают формального отношения медицинских работников к своим должностным обязанностям.

Видимо, логика законодателя на данном этапе вызвана опасениями неизбежных негативных последствий закрепления права врача на ошибку. Ведь в таком случае не всегда можно будет рассчитывать на добросовестное поведение медицинского работника, который осведомлен о возможности финансовой компенсации отрицательного результата его деятельности. Иначе говоря, такое нормативное положение подсознательно может подталкивать, а в некоторых случаях вообще стимулировать врачей к ненадлежащему исполнению своих должностных обязанностей.

На этом фоне в литературе уже высказывались вполне логичные предложения для решения обозначенной профессиональной проблемы. В частности, отдельными специалистами предлагалось "не сводить к минимуму или иным образом ограничивать ответственность медиков, а закрепить дополнительные основания освобождения от ответственности исполнителя медицинских услуг" <1>.

Данное предложение с учетом некоторых спорных аспектов, на наш взгляд, требует внимания со стороны законодателя.

<1> Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве // Медицинское право. 2005. N 4. С. 8.

В этой связи своевременным также представляется использование в деятельности врача страховых инструментов, позволяющих часть рисков профессиональной деятельности переложить на страховые компании.

Отметим, что страховые механизмы, как известно, становятся универсальными гарантами обеспечения прав и гарантий субъектов в различных областях общественной жизни, и медицинская сфера не является исключением. Причем в сфере страхования можно наблюдать как добровольные, так и обязательные ее начала, примером чему является также недавно принятый и уже упомянутый **Закон** "Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации". В таких случаях, когда на институциональном уровне используются императивные элементы, всегда идет речь о публичных интересах. Здоровье граждан и здравоохранение составляют именно эту сферу, поскольку государство закрепило и предоставило гражданам конституционные гарантии осуществления этих прав.

Анализ **Закона** тем не менее говорит о том, что законодатель четко не определился с тем, кто должен выступать страхователем и какая и в первую очередь чья ответственность подлежит страхованию?

В литературе высказывались справедливые критические замечания по поводу необходимости четкого определения вида страхования, поскольку в этой связи встает практический вопрос об использовании страхования гражданской ответственности медицинской организации или страхования профессиональной ответственности медицинского работника <1>.

<1> См. подробнее: Капанова С.Ю. Страхование гражданской ответственности исполнителя медицинской услуги: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2007.

Все же законодатель четко не показал приоритетность использования того или иного вида соответствующего страхования, допуская и стимулируя, наверное, их разумное сочетание. Подкрепляют эти доводы, на наш взгляд, **ч. 2 ст. 98 Закона** об охране здоровья, закрепляющая обязанность медицинских организаций, медицинских и фармацевтических работников нести ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Вполне логичным является закрепление в **Законе** об охране здоровья специальных норм, определяющих обязанности по использованию страхования. В частности, **п. 10 ч. 1 ст. 79 Закона** закрепляет обязанность медицинской организации осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи. Данная норма является очень своевременной, так как, в частности, при установлении профессиональной ошибки при оказании медицинской помощи (**ст. 93**) для реализации **п. 1 ст. 1068 ГК РФ** у большинства медицинских работников до сих пор не было материальных средств.

При этом, как следует из **ст. 1072 ГК РФ**, при недостаточности страхового возмещения для полного возмещения причиненного вреда лицо, застраховавшее свою ответственность в пользу потерпевшего, возмещает разницу между страховым возмещением и фактическим размером ущерба.

Несмотря на развитие страховых механизмов, призванных, как известно, компенсировать неблагоприятный исход действий медицинских работников, собственно само возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством РФ.

Данное установление продиктовано особой сферой профессиональной деятельности таких лиц, где

публичные интересы преобладают над частными. В связи с этим возникает необходимость обеспечивать профессиональный уровень медицинской помощи, в том числе повышенными мерами юридической ответственности.

Кроме того, ряд деяний врача в рамках исполнения профессиональных (должностных) обязанностей могут быть квалифицированы в качестве преследуемых по закону административных и уголовных правонарушений, имеющих иногда достаточно тяжкие общественные последствия. Таким образом, в данном случае ответственность медицинского работника не может иметь альтернативный характер и быть заменена, например, на гражданско-правовые способы защиты нарушенных прав, а может быть сопутствующей мерам административной или уголовной ответственности в зависимости от тяжести причиненного вреда.

Глава 14. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 99. Признание не действующими на территории Российской Федерации отдельных законодательных актов Союза ССР и утратившими силу отдельных законодательных актов РСФСР и Российской Федерации (их отдельных положений)

Комментарий к [статье 99](#)

Законодательство РФ - это совокупность всех действующих (вступивших в законную силу и не прекративших действия) на территории РФ нормативно-правовых актов и иных форм права <1>.

<1> Егорова Ю.В. [Системность российского законодательства](#) в контексте единого правового пространства России // История государства и права. 2007. N 1.

Комментируемая [статья](#) определяет нормативные акты, которые в целом или в части признаются не действующими на территории РФ в связи с принятием и введением в действие положений комментируемого Закона. Речь идет об отдельных законодательных актах Союза ССР и законодательных актах РСФСР и РФ (их отдельных положений).

Следует отметить, что одним из признаков правового пространства является его территориальное ограничение <1>. В пространстве пределы действия нормативных актов определяются территорией, на которую распространяется суверенная власть конкретного государства, либо территорией, указанной в самом законодательном акте.

<1> Барциц И.Н. Правовое пространство: основные признаки и закономерности развития // Журнал российского права. 2000. N 5/6. С. 103 - 114.

Понятие "территория Российской Федерации" включает сухопутную территорию и территориальное море. Таким образом, Российская Федерация может регулировать своим законодательством налоговые отношения в пределах указанной территории РФ.

Пределы действия нормативных правовых актов в пространстве - это ограничение действия нормативного акта только той территорией, на которую распространяется суверенитет государства или компетенция соответствующего правотворческого органа. Эти пределы определяются на основе территориального и экстерриториального принципов.

Экстерриториальность действия нормативного правового акта означает распространение правовых актов данного субъекта правотворчества за пределы территориальных границ деятельности этого субъекта <1>.

<1> Кулапов В.Л. Теория государства и права: Курс лекций / Под ред. Н.И. Матузова и А.В. Малько. М.: Юристъ, 1997.

Следует учесть, что комментируемая [статья](#) вступила в силу с 1 января 2012 г., это означает, что с указанной даты одновременно утратили силу (не действуют) на территории РФ нормативные акты и их отдельные положения, перечисленные в рассматриваемой статье (см. [комментарий к п. 2 ст. 101 Закона](#)).

Статья 100. Заключительные положения

Комментарий к [статье 100](#)

Данная [статья](#) содержит заключительные положения, которые одновременно являются переходными, поскольку устанавливают условия для поэтапного введения в действие норм комментируемого Закона и соответственно сроки действия прежних правил, регулирующих отдельные вопросы.

Часть статьи	Содержание мероприятий	Период (срок действия)
Часть 1	<p>Условия и сроки их действия для реализации права на осуществление медицинской фармацевтической деятельности в Российской Федерации.</p> <p>Во-первых, право на осуществление медицинской деятельности имеют лица, которые:</p> <ol style="list-style-type: none">1) получили высшее или среднее медицинское образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами;2) имеют сертификат специалиста. <p>Во-вторых, право на занятие фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, которые:</p> <ol style="list-style-type: none">1) получили высшее или среднее фармацевтическое образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами;2) имеют сертификат специалиста;3) обладают правом на занятие медицинской деятельностью;4) получили дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами;5) работают в расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, обособленных подразделения медицинских организаций (амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики), имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности. Лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в	До 1 января 2016 г.

	<p>соответствии с полученной специальностью после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (профессиональной переподготовки). При этом обязательным условием допуска является наличие сертификата специалиста.</p> <p>Лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности или фармацевтической деятельности после установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании. Приказом Минобрнауки России от 14.04.2009 N 128 <1> утвержден Порядок признания и установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании. Кроме того, такие лица должны сдать экзамен по специальности, а также получить сертификат специалиста, если иное не предусмотрено международными договорами РФ</p>	
Часть 2	<p>Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2016 г., действуют до истечения указанного в них срока. Форма, условия и порядок выдачи сертификата специалиста устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти</p>	<p>До истечения указанного в них срока</p>
Часть 3	<p>Образовательные программы, по которым возможно получение медицинского или фармацевтического образования, их содержательные особенности и сроки действия. Соответствующее образование может быть получено по программам начального, среднего, высшего, послевузовского профессионального образования (интернатура, ординатура, аспирантура, докторантура), а также по дополнительным профессиональным образовательным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка)</p>	
Часть 4	<p>Подготовка по программам интернатуры обеспечивает приобретение специалистом необходимого уровня знаний, умений и навыков, а также квалификации, позволяющей занимать должности медицинских работников и фармацевтических работников. Продолжительность обучения в интернатуре не может превышать один год (см. комментарий к ст. 77 Закона)</p>	<p>До вступления в силу Федерального Закона об образовании</p>
Часть 5	<p>Подготовка по программам ординатуры обеспечивает приобретение специалистами знаний, умений и навыков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по определенной медицинской</p>	<p>До вступления в силу Федерального Закона об образовании</p>

	специальности или фармацевтической специальности, а также приобретение квалификации, позволяющей занимать должности медицинских работников и фармацевтических работников по определенной медицинской или фармацевтической специальности (см. комментарий к ст. 77 Закона)	Закона об образовании
Часть 6	Послевузовское медицинское и фармацевтическое образование может быть получено в ординатуре, аспирантуре и докторантуре	С 1 сентября 2017 г.
Часть 7	Финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования	До 1 января 2015 г.
Часть 8	Финансовое обеспечение полномочий Российской Федерации и субъектов РФ по оказанию скорой медицинской помощи осуществляется соответственно за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования	До 1 января 2015 г.
Часть 9	Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ, в том числе средств, переданных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования	До 1 января 2015 г.
Часть 10	1. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти формирует перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи с учетом возможного оказания отдельных ее видов в рамках первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. 2. Лицензирование медицинской деятельности, предусматривающей оказание услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, является полномочием Российской Федерации	До 1 января 2015 г.
Часть 11	Медицинскими организациями могут применяться порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, утвержденные уполномоченным федеральным	До 1 января 2013 г.

	органом исполнительной власти в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ	
Часть 12	Здания, сооружения, оборудование, транспортные средства и другое имущество, используемые органами местного самоуправления в целях охраны здоровья и находящиеся в муниципальной собственности до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, передаются в собственность соответствующих субъектов РФ в порядке, установленном законодательством РФ	До 1 января 2013 г.
Часть 13	Здания, сооружения, оборудование, транспортные средства и другое имущество, используемые органами местного самоуправления в целях охраны здоровья и находящиеся в муниципальной собственности до передачи осуществления полномочий органам местного самоуправления, могут быть сохранены в собственности муниципальных образований при условии их использования по целевому назначению	
Часть 14	Медицинские работники и фармацевтические работники сохраняют право пользования служебными жилыми помещениями, предоставленными им в период работы в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения	На период работы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъектов РФ
Часть 15	Лицензии на осуществление отдельных видов деятельности, выданные до 1 января 2012 г. медицинским организациям муниципальной системы здравоохранения, не подлежат переоформлению в связи с передачей указанных медицинских организаций в состав государственной системы здравоохранения. Лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданные до 1 января 2012 г. медицинским организациям, не подлежат переоформлению в связи с изменением классификации видов медицинской помощи и перечня оказываемых услуг, установленного Положением о лицензировании медицинской деятельности	До истечения указанного в них срока
Часть 16	Лицам, имеющим право на выбор врача и выбор медицинской организации, первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в медицинских организациях, в которых указанные лица находились на медицинском обслуживании, врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-	До момента реализации указанного права в соответствии с п. 2 ст. 21

	педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и фельдшерами, осуществлявшими медицинское обслуживание указанных лиц	Закона
Часть 17	Российская Федерация в установленном порядке передает органам государственной власти субъектов РФ осуществление полномочия по лицензированию медицинской деятельности (за исключением деятельности, предусматривающей оказание услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи): 1) медицинских организаций, подведомственных субъекту РФ и находящихся по состоянию на 1 января 2011 г. в муниципальной собственности; 2) медицинских организаций муниципальной и частной систем здравоохранения	С 1 января по 31 декабря 2012 г.
Часть 18	Реализация программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, принятыми во исполнение ст. 20.1 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1	2012 г.

<1> [Приказ](#) Минобрнауки России от 14.04.2009 N 128 (ред. от 08.11.2010) "Об утверждении Порядка признания и установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании" // Российская газета. 2009. N 108.

Статья 101. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона

Комментарий к [статье 101](#)

Данная [статья](#) определяет порядок вступления в силу комментируемого Закона. Прежде всего содержание настоящей статьи касается установления действия положений нормативного акта во времени, поскольку его отдельные статьи и нормы находят различное по времени введение их в действие.

Момент вступления нормативного акта имеет важное значение в вопросах реализации его положений, а также влияние его норм на права и обязанности субъектов правоотношений, вытекающих из деятельности в сфере охраны здоровья граждан.

На значимость соблюдения порядка вступления нормативных актов в силу указывалось в [Постановлении](#) Пленума Верховного Суда РФ от 31.10.1995 N 8 "О некоторых вопросах применения судами Конституции Российской Федерации при осуществлении правосудия" <1>, регулирующем вопросы порядка рассмотрения судебных дел. Верховный Суд РФ в руководящих разъяснениях, в частности, обращал внимание судов на то, что в силу [ч. 3 ст. 15](#) Конституции РФ не могут применяться законы, а также на любые иные нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы, обязанности человека и гражданина, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения. В соответствии с указанным конституционным положением суд не вправе основывать свое решение на неопубликованных нормативных актах, затрагивающих права, свободы, обязанности человека и гражданина. Это правило распространяется также и на иные случаи правоприменения. Официальное опубликование является

конституционной гарантией прав граждан. Государство не может требовать от граждан соблюдения законов, содержание которых не доведено до их сведения.

<1> Российская газета. 1995. N 247.

Содержание комментируемой **статьи** не предполагает какой-то единой даты (события) для вступления положений Закона в силу. Законодателем использован специальный юридический прием, предусматривающий общее правило для вступления закона в силу в целом и для его отдельных положений. Причем такое требование определяется необходимостью поэтапного введения нормативного акта в действие, когда для отдельных положений (норм) устанавливаются специальные (индивидуальные) сроки для приобретения юридической силы действия.

Потребность поэтапного введения в действие может объясняться различными причинами, например необходимостью определенного времени для проведения подготовительной работы организационного характера, в том числе формирования финансовых ресурсов для реализации положений, разработки специальной подзаконной нормативной базы и т.п. В любом случае отлагательное условие действия норм законодательства связывается с соблюдением и обеспечением надлежащего механизма для работы правовых норм, что наглядно отражается в правоприменительной практике.

Общее правило, сформулированное в **п. 1 комментируемой статьи**, определяет, что Закон вступает в силу со дня его официального опубликования. Исключение составляют, как указано выше, его отдельные положения.

Порядок официального опубликования федеральных нормативных правовых актов определен Федеральным **законом** от 14.06.1994 N 5-ФЗ "О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания" <1>. Общий принцип вступления нормативных актов установлен в **ст. 6** Федерального закона: соответствующие нормативные документы вступают в силу одновременно на всей территории РФ по истечении 10 дней после дня их официального опубликования, если самими законами или актами палат не установлен другой порядок вступления их в силу.

<1> Российская газета. 1995. N 247.

Под официальным опубликованием нормативного акта понимается доведение их содержания до всеобщего сведения в официальном источнике.

Что касается официального источника, то к таковым относятся несколько: Российская газета, Собрание законодательства Российской Федерации, дополнительно с 26.10.1999 г. - Парламентская газета. Поэтому дата выхода этих изданий в свет с текстом нормативного акта будет одновременно датой их официального опубликования.

В данном случае срок вступления в силу установлен самим нормативным актом, т.е. **Законом**, с момента его официального опубликования, что отличается от общего порядка вступления нормативных актов в силу.

Текст **Закона** официально опубликован в "Российской газете" 23 ноября 2011 г. Следовательно, с учетом указанных условий Закон официально вступил в силу 22 ноября 2011 г.

Что касается поэтапного введения в действие отдельных положений **Закона**, то законодатель установил данную процедуру для следующих положений.

Во-первых, с 1 января 2012 г. вступили в силу положения, касающиеся:

- 1) общих положений нормативного акта (**гл. 1**);
- 2) основных принципов охраны здоровья (**ст. ст. 4 - 13**);

3) полномочий федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья (ч. 1 ст. 14 Закона), отдельных полномочий федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения (п. п. 1 - 4, 6 ч. 2 ст. 14);

4) лицензирования фармацевтической деятельности, деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (подп. "б", "в" п. 1 ч. 1 ст. 15);

5) передачи средств на осуществление переданных полномочий, предусмотренных в виде субвенций из федерального бюджета (ч. 2 ст. 15);

6) методик определения объема необходимых финансовых ресурсов (п. 1 ч. 3 ст. 15);

7) порядка передачи и использования субвенций (ч. ч. 4 - 6 ст. 15);

8) нормативного регулирования по вопросам реализации переданных полномочий (ч. 7 ст. 15);

9) ведения федерального регистра лиц, страдающих определенными заболеваниями (ч. 8 ст. 15);

10) полномочий уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья (ч. 9 ст. 15);

11) полномочий высшего должностного лица субъекта РФ (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) в части реализации переданных полномочий (ч. 10 ст. 15);

12) контроля за расходованием субвенций, предоставленных на осуществление переданных полномочий (ч. 11 ст. 15);

13) полномочий органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья (ст. 16);

14) полномочий органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья (ст. 17);

15) прав на охрану здоровья (ст. 18);

16) права на медицинскую помощь (ст. 19);

17) получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства (ч. ч. 1 - 7 ст. 20);

18) медицинского вмешательства без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя (ч. ч. 8 - 11 ст. 20);

19) выбора врача и медицинской организации (ст. 21);

20) информации о состоянии здоровья (ст. 22);

21) информации о факторах, влияющих на здоровье (ст. 23);

22) права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья (ст. 24);

23) прав военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья (ст. 25);

24) прав лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи (ст. 26);

-
- 25) обязанностей граждан в сфере охраны здоровья ([ст. 27](#));
 - 26) общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья ([ст. 28](#));
 - 27) организаций охраны здоровья ([ст. 29](#));
 - 28) профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни ([ст. 30](#));
 - 29) первой помощи ([ст. 31](#));
 - 30) медицинской помощи ([ст. 32](#));
 - 31) первичной медико-санитарной помощи ([ст. 33](#));
 - 32) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи ([ст. 34](#));
 - 33) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи ([ст. 35](#));
 - 34) паллиативной медицинской помощи ([ст. 36](#));
 - 35) медицинских изделий ([ст. 38](#));
 - 36) лечебного питания ([ст. 39](#));
 - 37) медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения ([ст. 40](#));
 - 38) организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях ([ст. 41](#));
 - 39) особенностей организации оказания медицинской помощи населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций ([ст. 42](#));
 - 40) медицинской помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих ([ст. 43](#));
 - 41) медицинской помощи гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями ([ст. 44](#));
 - 42) запрета эвтаназии ([ст. 45](#));
 - 43) медицинских осмотров, диспансеризации ([ст. 46](#));
 - 44) донорства органов и тканей человека и их трансплантации (пересадки) ([ст. 47](#));
 - 45) врачебной комиссии и консилиума врачей ([ст. 48](#));
 - 46) медицинских отходов ([ст. 49](#));
 - 47) народной медицины ([ст. 50](#));
 - 48) прав семьи в сфере охраны здоровья ([ст. 51](#));
 - 49) прав беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья ([ст. 52](#));
 - 50) рождения ребенка ([ст. 53](#));
 - 51) прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья ([ст. 54](#));
 - 52) применения вспомогательных репродуктивных технологий ([ст. 55](#));
 - 53) искусственного прерывания беременности ([ст. 56](#));
-

-
- 54) медицинской стерилизации (ст. 57);
- 55) медицинской экспертизы и ее видов (ч. ч. 1 и 2 ст. 58);
- 56) независимой военно-врачебной экспертизы (ч. 4 ст. 58);
- 57) экспертизы временной нетрудоспособности (ст. 59);
- 58) медико-социальной экспертизы (ст. 60);
- 59) военно-врачебной экспертизы (ст. 61);
- 60) судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы (ст. 62);
- 61) экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией (ст. 63);
- 62) экспертизы качества медицинской помощи, в том числе оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования (ч. ч. 1 и 3 ст. 64); порядка ее проведения (ч. 4 ст. 64);
- 63) медицинского освидетельствования (ст. 65);
- 64) определения момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий (ст. 66);
- 65) проведения патолого-анатомических вскрытий (ст. 67);
- 66) использования тела, органов и тканей умершего человека (ст. 68);
- 67) права лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ, на осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ч. 5 ст. 69);
- 68) лечащего врача (ст. 70);
- 69) клятвы врача (ст. 71);
- 70) права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования (ст. 72);
- 71) обязанностей медицинских работников и фармацевтических работников (ст. 73);
- 72) ограничений, налагаемых на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности (ст. 74);
- 73) урегулирования конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности (ст. 75);
- 74) профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими работниками и фармацевтическими работниками (ст. 76);
- 75) особенностей подготовки медицинских работников и фармацевтических работников (ст. 77);
- 76) прав медицинских организаций (ст. 78);
- 77) обязанностей медицинских организаций (ст. 79);
- 78) Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 80);
- 79) территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 81);
-

80) источников финансового обеспечения в сфере охраны здоровья (ст. 82);

81) права граждан на получение платных медицинских услуг в установленном по их желанию
объеме стандарта и порядке (ч. ч. 1, 2, 4 - 8 ст. 84);

82) контроля в сфере охраны здоровья (ст. 85);

83) полномочий органов, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья (ст.
86);

84) контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 87);

85) государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 88);

86) ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 89);

87) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 90);

88) информационных систем в сфере здравоохранения (ст. 91);

89) ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности (ст. 92);

90) сведений о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг (ст. 93);

91) сведений о лицах, которым оказываются медицинские услуги (ст. 94);

92) государственного контроля за обращением медицинских изделий (ст. 95);

93) мониторинга безопасности медицинских изделий (ст. 96);

94) медицинской статистики (ст. 97);

95) ответственности в сфере охраны здоровья (ст. 98);

96) признания недействующими на территории РФ отдельных законодательных актов (ст. 99);

97) заключительных положений (ст. 100).

Во-вторых, с 1 января 2013 г. вступают в силу положения, касающиеся:

1) доступности и качества медицинской помощи:

2) применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в рамках
обеспечения доступности и качества медицинской помощи (п. 4 ст. 10);

3) лицензирования медицинской деятельности медицинских организаций (подп. "а" п. 1 ч. 1 ст. 15);

4) права Правительства РФ определять дополнительный перечень заболеваний для включения их в
перечень заболеваний, для лечения которых обеспечение граждан лекарственными препаратами
осуществляется за счет средств федерального бюджета (ч. 12 ст. 15);

5) оказания медицинской помощи обязательными для исполнения на территории РФ всеми
медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи (ч. 1 ст. 37);

6) соблюдения порядков оказания медицинской помощи при оказании платных медицинских услуг (ч.
3 ст. 84).

В-третьих, с 1 января 2014 г. вступают в силу положения, касающиеся:

1) организации обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипоплазией, нанизмом,

болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по утвержденному перечню (п. 2 ч. 1 ст. 15);

2) методик определения общего объема средств (субвенций) для осуществления указанных полномочий (п. 2 ч. 3 ст. 15).

В-четвертых, с 1 января 2015 г. вступают в силу положения, касающиеся:

- 1) реализации гражданами права на проведение независимой медицинской экспертизы (ч. 3 ст. 58);
- 2) критериев оценки качества медицинской помощи (ч. 2 ст. 64).

В-пятых, с 1 января 2016 г. вступают в силу положения, касающиеся:

- 1) условий реализации права на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности (ч. 1 и 2 ст. 69);
- 2) аккредитации специалистов (ч. 3 ст. 69);
- 3) условий допуска лиц к медицинской или фармацевтической деятельности, имеющих пропуск в работе по специальности свыше 5 лет (ч. 4 ст. 69);
- 4) эквивалентности документов иностранных государств об образовании в сфере медицины и фармацевтики (ч. 6 ст. 69);
- 5) ответственности за незаконное занятие медицинской или фармацевтической деятельностью (ч. 7 ст. 69).

В-шестых, с 1 июля 2012 г. в части утверждения порядка государственной регистрации медицинских изделий применяются положения закона, касающиеся разрешения обращения на территории РФ медицинских изделий, прошедших регистрацию в установленном порядке.

В-седьмых, до 1 января 2015 г. применяются положения, касающиеся:

- 1) порядка финансового обеспечения, оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ за счет бюджетных ассигнований (ч. 5 ст. 34);
- 2) определения перечня медицинских организаций, оказывающих соответствующую помощь за счет за счет указанных средств (ч. 6 ст. 34);
- 3) определения перечня медицинских организаций, оказывающих соответствующую помощь за счет средств бюджетов субъектов РФ (ч. 7 ст. 34);
- 4) применения специализированной информационной системы для направления граждан РФ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ч. 8 ст. 34).

В-восьмых, до дня вступления в силу Федерального закона об образовании применяются положения, касающиеся:

- 1) профессиональных образовательных программ медицинского и фармацевтического образования (ч. 3 ст. 100);
- 2) подготовки по программам интернатуры (ч. 4 ст. 100);
- 3) подготовки по программам ординатуры (ч. 5 ст. 100).

Комментируемый закон не содержит оговорок о применении к отдельным его положениям правил об обратной силе. Обратная сила закона - распространение действия Закона на случаи, имевшие место до вступления его в силу. По общему правилу Закон обратной силы не имеет, т.е. не распространяется на отношения, возникшие до его действия.

Правила об обратной силе закона действуют в случаях, когда принятый нормативный акт, во-первых, касается прав и свобод граждан, во-вторых, улучшает положение граждан. Во всех иных случаях, если в тексте нормативного акта не предусмотрено иное, нормативный акт распространяется на общественные отношения, возникшие после вступления его в силу, т.е. имеет перспективное действие.

Очевидно, что комментируемый **Закон** касается прав и свобод граждан, но при этом некоторые положения Закона их ограничивают. Таким образом, следуя общим правилам действия нормативных актов, можно констатировать, что данный Закон обладает эффектом перспективного действия.
