

А.В. Риффель, А.П. Рачин

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Список сокращений | 4 |
| Введение | 5 |
| Тема I. Исторические предпосылки становления и регулирования статуса врача в России | 7 |
| 1. Исторические предпосылки становления врача | 7 |
| 2. Клятва Гиппократа: взгляд на проблему | 12 |
| Тема II. Национальное законодательство Российской Федерации о здравоохранении | 17 |
| 3. Общая характеристика законодательства Российской Федерации о здравоохранении | 17 |
| 4. Нормативное регулирование деятельности медицинских работников в СССР | 22 |
| 5. Правовое положение врача в Российской Федерации | 26 |
| Тема III. Этические аспекты деятельности медицинских работников | 34 |
| 6. Основы медицинской этики | 34 |
| 7. Врачебная тайна | 40 |
| 8. Неоказание медицинской помощи | 45 |
| 9. Современные проблемы эвтаназии | 49 |
| 10. Морально-этические и правовые аспекты трансплантации | 61 |
| Тема IV. Страхование деятельности врача | 69 |
| 11. Страхование профессиональной деятельности врача | 69 |
| 12. Новый федеральный закон — потребность или необходимость? ... | 78 |
| Тема V. Роль врача в современном обществе | 84 |
| 13. О роли врача в современном обществе | 84 |
| 14. Отказ от оказания медицинской помощи | 88 |
| Тема VI. Правовые аспекты реабилитации инвалидов | 95 |
| 15. О правовых аспектах реабилитации инвалидов | 95 |
| Приложение | 112 |
| Список литературы | 176 |

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

3. Общая характеристика законодательства Российской Федерации о здравоохранении.
4. Нормативное регулирование деятельности медицинских работников в СССР.
5. Правовое положение врача в Российской Федерации.

3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Национальное законодательство РФ представлено многоуровневой системой — это прежде всего Конституция РФ, затем федеральные законы, указы Президента РФ и постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения и социального развития. Законодательство субъектов РФ играет тоже огромную роль в формировании нормативной базы законодательства о здравоохранении.

Ускорение научно-технического прогресса, внедрение достижений науки и техники в различные сферы общественной жизни, с одной стороны, приводят к облегчению существования человека в природной среде, с другой — имеют и обратную сторону: резкое ухудшение экологической ситуации на земном шаре, изменение климата, глобальные техногенные катастрофы подрывают физическое и психическое здоровье человека. Поэтому фокус внимания законодателей развитых стран мира все больше и больше смещается сегодня в сторону обеспечения правового регулирования общественных отношений в сфере охраны здоровья граждан. Этому способствует в первую очередь достаточно бурное развитие данной сферы общественных отношений в постиндустриальных странах, обусловленное повышением внимания населения к состоянию здоровья, и, что не менее важно, реальные возможности как населения, так и государственных институтов обеспечивать достойное финансирование отрасли, а также ряд других факторов. Во всех современных правовых системах развитых стран имеются более

или менее обширные комплексы нормативных актов, регулирующих отношения в одной из наиболее социально значимых для современного государства сфер общественной жизни — сфере здравоохранения. Существенно с большими трудностями и проблемами, чем в этих странах, формируется подобный комплекс и в Российской Федерации. Рассмотрим основные законы, принятые законодателем в этой области за минувшее десятилетие:

- Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» № 77-ФЗ от 18.06.2001;
- Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30.03.1999;
- Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» № 157-ФЗ от 17.09.1998;
- Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» № 61-ФЗ от 12.04.2010;
- Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» № 3-ФЗ от 08.01.1998;
- Федеральный закон «О радиационной безопасности населения» № 3-ФЗ от 09.01.1996;
- Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 38-ФЗ от 30.03.1995;
- Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» № 26-ФЗ от 23.02.1995;
- Закон РФ «О донорстве крови и ее компонентов» № 125-ФЗ от 20.07.2012;
- Закон РФ «О ветеринарии» № 4979-1 от 14.05.1993;
- Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» № 4180-1 от 22.12.1992;
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 3185-1 от 02.07.1992;
- Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29.11.2010.

Имея свои собственные цели и задачи, указанные нормативно-правовые акты (и возглавляемые ими институты законодательства), взятые в отдельности, играют свою роль в достижении общей социальной задачи — обеспечение правовой, законодательной базой деятельности по охране здоровья граждан³⁰.

³⁰ Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. О теоретических основах и концепции национального медицинского права // Медицинское право. М., 2003. № 3. С. 3–8.; Сергеев Ю.Д.,

Среди основных угроз состоянию здоровья населения в Российской Федерации отмечаются «массовое распространение ВИЧ-инфекции, туберкулеза, наркомании, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ, возможное распространение эпидемий, вызываемых новыми, неизвестными ранее вирусами»³¹, «происходящие и ожидаемые изменения климата»³², лидирующими факторами риска заболеваемости являются курение и алкоголь, неправильное питание. В связи с этим в условиях функционирования современного общества существенно возрастает значение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Нормативность конституционной ценности права на охрану здоровья и медицинскую помощь выражается в регулятивном воздействии указанного права, определенности юридических гарантий указанного права и уровней их обеспечения, балансе конституционных ценностей, в ценностном содержании правовых норм, направленных на упорядочение конституционно значимых отношений по охране здоровья граждан и населения в целом.

Конституционные ценности рассматриваются как основа формирования юридических целей, выступающих в качестве конституционно-правовых императивов нормативного регулирования, достижению которых служат правовые средства, связывающие цель с реальным результатом.

Закрепляя право на охрану здоровья и медицинскую помощь, Конституция РФ опирается на положения общепризнанных международных документов. Единый международный стандарт содержания права на охрану здоровья отсутствует, поскольку международные акты, провозглашающие право на охрану здоровья, не устанавливают четких границ права индивида и обязательств государств в реализации данного права. В целом международные нормы, затрагивающие социально-экономические права, не создают субъективных прав по их защите и, как правило, не являются нормами прямого действия.

Конституции отдельных государств относят установление объема гарантий указанного права к компетенции законодателя (Германия, Швеция); в конституциях ряда стран ответственность государств в сфере сохранения здоровья обозначена как долг государства (Греция, Италия, Нидерланды).

Милушин М.И. Становление и теоретические проблемы Российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. М., 2005. № 3. С. 4–7.

³¹ О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.: Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537 // Собрание законодательства РФ, 2009, № 20, ст. 2444.

³² О климатической доктрине РФ: Распоряжение Президента Российской Федерации от 17.12.2009 №81-рп // Собрание законодательства РФ, 2009, № 51, ст. 6305.

Анализ конституций стран — участниц Содружества независимых государств позволяет выделить следующие особенности закрепления права граждан на охрану здоровья:

- 1) в норме-цели, содержащейся в ст. 3 Конституции Украины, здоровье человека признается одной из наивысших социальных ценностей;
- 2) право на охрану здоровья формулируется как субъективное право, медицинская помощь рассматривается в качестве гарантии охраны здоровья, в связи с этим государство возлагает на себя обязательства по предоставлению бесплатного лечения в государственных учреждениях здравоохранения и одновременно создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания (конституции Республики Беларусь, Украины);
- 3) гарантийный механизм права на охрану здоровья включает обеспечение финансирования санитарно-эпидемиологических программ, медико-санитарных, оздоровительно-профилактических программ (ст. 49 Конституции Украины), а также принятие мер по оздоровлению окружающей среды, возможность пользования оздоровительными учреждениями, совершенствование охраны труда (Конституция Республики Беларусь);
- 4) указывается на содействие государства по развитию всех форм собственности в сфере здравоохранения (конституции Азербайджана, Украины)³³.

В соответствии со ст. 15 Конституция РФ имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории РФ³⁴. Заложив основополагающие принципы охраны здоровья граждан (охрана здоровья и медицинская помощь, запрет проведения медицинских и научных опытов), конституция определила в ст. 41 государственную политику, закрепив принцип бесплатности оказания медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов и других поступлений. Механизм же обеспечения закрепленных конституцией прав граждан должен реализоваться на других уровнях законодательства об охране здоровья граждан. Сегодня именно реализация принципа бесплатности оказания медицинской помощи является наиболее активно обсуждаемой темой из-за ее социальной значимости.

³³ Колоцей И.А. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как конституционная ценность: дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2010. С. 17–24.

³⁴ Конституция Российской Федерации. Принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г. // Российская газета. 1993. 25 декабря (№ 237).

Базовым нормативным актом, регулирующим оказание медицинской помощи в РФ, является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011³⁵. В соответствии со ст. 2 Основ охрана здоровья граждан — 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 Российской Федерации, 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. Основы определили полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в области охраны здоровья, организацию охраны здоровья и права граждан и отдельных групп населения в РФ, медицинскую деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека, медицинскую экспертизу, права и социальную поддержку медицинских и фармацевтических работников, ответственность за причинение вреда здоровью граждан. Основы необходимо рассматривать как ключевой федеральный закон, на основе которого строится все остальное законодательство об охране здоровья граждан: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об обращении лекарственных средств», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и т.д. Кроме «специальных медицинских» законов, законодатель закрепил регулирование охраны здоровья граждан и деятельности медицинских работников в других федеральных законах — Трудовом, Уголовном, Семейном, Уголовно-процессуальном кодексах, Кодексе РФ об административных правонарушениях.

Указы Президента РФ и постановления Правительства РФ законодательно по сравнению с другими сферами мало представлены в здравоохранении и имеют единичный характер. Наиболее социально значимыми из них являются программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

³⁵ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ достаточно многочисленны и в своей основе разрабатывают механизм реализации федеральных законов. Например, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 908н от 25.12.2014 утвержден «Порядок установления диагноза смерти мозга человека»³⁶.

Таким образом, законодательство о здравоохранении в настоящий момент достаточно многочисленно и разрозненно. Хотя базовый закон — «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 — содержит основные механизмы реализации прав граждан при оказании медицинской помощи, однако содержание указанных механизмов в ненормативных актах РФ часто мешает их практической реализации из-за неоднозначности толкования и противоречивости.

4. НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СССР

Интерес к проблеме нормативного регулирования деятельности медицинских работников обусловлен ее социальной значимостью и акцентированием юристов и историков медицины на вопросах становления правового статуса врачей в России. На страже здоровья граждан в Советском Союзе стоял медицинский персонал: врачи, фельдшера, медицинские сестры. Санитары также являлись составной и неотделимой частью лечебного процесса. Именно им всем и ныне доверяется самое ценное, что у нас есть, — жизнь и здоровье человека. Наиболее полно первые права и обязанности врачей были определены в Декрете ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 01.12.1924³⁷. Данный декрет установил важные профессиональные права медицинских работников (врача, зубного врача, фельдшера, акушерки, фармацевта и медицинской сестры), закрепил их право на профессиональную деятельность (определил порядок проверочного испытания для лиц, не занимавшихся профессиональной деятельностью более пяти лет) в условиях существующей государственной системы охраны здоровья, отрегулировал вопросы допуска к занятию медицинской деятельностью (перечень документов, послужных и медицинских списков), установил общие

³⁶ СПС «Гарант».

³⁷ СУ РСФСР. 1924. № 88. Ст. 892.

начала ответственности работников здравоохранения. Этот декрет с изменениями и дополнениями действовал вплоть до 1 июля 1970 г., когда его сменили принятые Верховным Советом СССР 19 декабря 1969 г. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении³⁸. Принятие Основ в то время было, несомненно, прогрессивным шагом в деле кодификации законодательства о здравоохранении. Однако общедекларативные формулировки этого законодательного акта не позволяют считать его основным в определении правового положения и статуса врача. Так, например, в соответствии со ст. 14 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении основные профессиональные права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, а также предоставляемые указанным работникам льготы устанавливались законодательством Союза ССР и законодательством союзных республик, а по отдельным специальностям — Министерством здравоохранения СССР. Законы же о здравоохранении союзных республик, в свою очередь, дословно воспроизводили текст союзного закона. То есть существовал некий замкнутый круг и правовой вакуум, который заполнялся ведомственными приказами, инструкциями и правилами. К примеру, в 1988 г. действовало около 5000 ведомственных актов, утвержденных Министерством здравоохранения СССР³⁹. И ни один из них не определял правового положения врача. Сложилась ситуация, исходя из которой деятельность медицинского персонала регулировалась ведомственными приказами, а не законами. Так, номенклатура врачебных специальностей, утвержденная приказом министра здравоохранения СССР от 04.05.1970 (с последующими дополнениями и изменениями), включала 96 врачебных специальностей, по которым были разработаны и утверждены соответствующие положения. Они были обязательны для исполнения всеми врачами. Наряду с ними, союзный Минздрав приказом № 579 от 21.07.1988 утвердил квалификационные характеристики по врачебным специальностям. Ввиду отсутствия законодательных актов, ведомственные приказы были определяющими в деятельности врача Советского Союза, что неизбежно приводило к злоупотреблениям со стороны администрации лечебных учреждений в отношении медицинского персонала из-за их законодательной незащищенности.

Законодатель предъявлял особые требования к лицам, допущенным к медицинской деятельности. Так, в соответствии со ст. 12 Основ

³⁸ Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. С. 466.; Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1971. № 31. С. 656.

³⁹ Гладун З.С. Правовое положение советского врача // Известия высших учебных заведений. Правоведение. СПб., 1991. № 5. С. 83.

законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении к медицинской и фармацевтической деятельности допускались лица, получившие специальную подготовку и звания в соответствующих высших и средних специальных учебных заведениях СССР. Иностранцы граждане и лица без гражданства, имевшие постоянное место жительства в СССР, получившие специальную подготовку и звания в соответствующих высших и средних специальных учебных заведениях СССР, также могли заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью на территории СССР в соответствии с полученной специальностью и званием. Новацией были требования, предъявляемые к лицам, не занимавшимся определенный период времени своей профессиональной деятельностью. При этом врач, не работавший по своей профессии более трех лет, должен был быть направлен на стажировку в институт усовершенствования или в другие соответствующие учреждения здравоохранения с последующим допуском к врачебной деятельности в порядке, определяемом Советом Министров СССР. Ранее же (п. 6 Декрета ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 01.12.1924) предусматривалось проверочное испытание или прохождение практического стажа для всех медицинских работников, не работавших по своей профессии пять лет и возбудивших ходатайство о выдаче им регистрационного удостоверения на право профессиональной работы.

Попытки правового регулирования деятельности врача осуществлялись также актами Правительства СССР. К ним относились, например, Постановление Совета Министров СССР «О порядке бесплатного использования транспорта медицинскими работниками в случаях, угрожающих жизни больного» от 28.09.1970, где регламентировалось право медицинских работников на беспрепятственное и бесплатное использование автотранспортных средств в случаях, не терпящих отлагательств и угрожающих жизни человека⁴⁰.

В действовавшем правовом вакууме Присяга врача Советского Союза, принимаемая выпускниками высших учебных заведений, служила определенным мерилем деятельности врача. Ввиду сложившегося общественного мнения, что врач прежде всего «должен», а лишь потом «имеет право», положение его было незавидным. Действовавшая правовая идеология требовала от врача жертвенности и самоотдачи, при этом никак самого его законодательно не защищая.

В соответствии со ст. 1 Основ задачами советского законодательства о здравоохранении были регуляция общественных отношений в области

⁴⁰ СП СССР. Отдел первый. 1970. № 18. Ст. 142.

охраны здоровья населения в целях обеспечения гармонического развития физических и духовных сил, здоровья, высокого уровня трудоспособности и долголетней активной жизни граждан; предупреждение и снижение заболеваемости, дальнейшее сокращение инвалидности и снижение смертности; устранение факторов и условий, вредно влияющих на здоровье граждан. Однако установление статуса медицинских работников не входило в задачи советского законодательства и, быть может, потому и не находило отражения в нормативном закреплении.

Необходимо отметить, что предложения по установлению статуса советского врача и критическая оценка действовавшего законодательства поступали от отечественных ученых. Одним из первых предложил закрепить положение врача и определить его статус как государственного служащего З.С. Гладун. Он отмечал, что успешному решению задач по охране здоровья людей должна способствовать точность и четкость законодательства о медицинских работниках. Правовой статус врача во многом определялся самим местом его работы. Очевидно, что у врача, работавшего в государственном учреждении здравоохранения, и его коллеги, осуществлявшего индивидуальную деятельность в той же сфере, права и обязанности совершенно различны. Определяя профессиональный и служебный статус врача, необходимо было исходить из того, что врач — государственный или общественный служащий, работник государственного или общественного учреждения здравоохранения. В них они занимают должности служащих — именно это и является главным в определении служебного положения врачей⁴¹. Один из первых юристов среди врачей, нынешний заведующий кафедрой медицинского права Московской медицинской академии, член-корреспондент РАМН, заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук профессор Ю.Д. Сергеев предлагал закрепить правовое положение врача в действовавших в тот период времени Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении⁴². Однако эти предложения не нашли в то время законодательного отражения.

Таким образом, подводя итог, необходимо отметить, что осуществление врачебной деятельности в Советском Союзе регламентировалось больше ведомственными актами и этическими нормами, нежели законодательно закрепленными нормативно-правовыми актами. Вопрос об установлении статуса врача не стоял остро в то время в обществе, и предложения по законодательному закреплению положения врача не нашли отображения в законодательных актах.

⁴¹ Гладун З.С. Правовое положение советского врача // Известия высших учебных заведений. Правоведение. СПб., 1991. № 5. С. 83–84.

⁴² Сергеев Ю.Д. Профессия врача. Юридические основы. М., 2000. С. 10.

5. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В свое время принятие Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487 от 22.07.1993 явилось практически революционной новацией в регламентации прав пациентов. По мнению доцента кафедры медицинского права Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, кандидата юридических наук М.И. Милушина, есть все основания считать, что законодательство о здравоохранении представляет собой комплексную и весьма разветвленную структуру, которая охватывает широкий круг отношений, обусловленный в первую очередь спецификой рассматриваемой сферы деятельности. При этом комплексность законодательства о здравоохранении обусловлена прежде всего комплексным подходом законодателя к правовому регулированию рассматриваемой сферы общественных отношений, когда достигается цель единовременной регламентации отношений, сгруппированных на базе их единой социальной направленности, а не принадлежностью к той или иной отрасли права. Именно социальный фактор играет важнейшую и определяющую роль в формировании комплексной структуры рассматриваемой отрасли законодательства⁴³. В 2011 г. принимается Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ но опять-таки, несмотря на комплексность подхода, законодатель в новом федеральном законе не определил статус российского врача.

Нормативно закрепленный путь, который должен пройти специалист для осуществления профессиональной деятельности в качестве медицинского работника, установлен в ст. 69 Основ. Так, право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. С учетом переходного периода вплоть до 2026 г. право на осуществление медицинской деятельности подтверждается либо сертификатом специалиста, либо свидетельством об аккредитации специалиста⁴⁴. Аккредитация специалиста — процедура

⁴³ Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. Становление и теоретические проблемы Российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. М., 2005. № 3. С. 5.

⁴⁴ Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.12.2015 № 16-5/10/2-7567, ст. 100 Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет. Аккредитационная комиссия формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с участием профессиональных некоммерческих организаций. Положение об аккредитации специалистов, порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, форма свидетельства об аккредитации специалиста и технические требования к нему утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Программа подготовки специалиста с высшим профессиональным образованием лечебного профиля занимает шесть лет. Сертификационный экзамен проводится организациями по завершении обучения по основным профессиональным образовательным программам послевузовского профессионального образования (интернатура, ординатура, аспирантура, докторантура) или по дополнительным профессиональным образовательным программам медицинского или фармацевтического образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка)⁴⁵.

Таким образом, подготовка специалиста лечебного профиля занимает в среднем восемь-девять лет (хотя этот срок в течение профессиональной деятельности с учетом всех курсов и специализаций увеличивается до 15 лет). Экзамен на подтверждение сертификата специалиста сдается один раз в пять лет, то есть если сертификат специалиста будет просрочен, то медицинский работник утрачивает право на занятие данным видом деятельности.

Несомненным положительным моментом явилось то, что в настоящий момент определена ответственность медицинских работников, осуществляющих свою деятельность в период обучения. Так, врачи в период их обучения (интернатура, ординатура, аспирантура, специализация) в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под

⁴⁵ Пункт 9 Приложения № 1 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» № 982н от 29.11.2012 // СПС «Гарант».

контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку⁴⁶.

Законодатель довольно жестко установил ограничения для лиц, не занимавшихся своей профессиональной деятельностью. Лица, не работавшие по своей специальности более пяти лет (возврат к Декрету ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 01.12.1924), могут быть допущены к медицинской деятельности или фармацевтической деятельности сообразно полученной специальности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (профессиональной переподготовки) и при наличии сертификата специалиста⁴⁷. Таким образом, ценность человеческой жизни в нашей стране нормативно подкреплена высокими требованиями, предъявляемыми к лицам, осуществляющим медицинскую деятельность в Российской Федерации.

Статьей 18 Конституции РФ установлено, что права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантировано ст. 41 Конституции РФ⁴⁸. Однако 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 работников⁴⁹. В настоящее время в соответствии со ст. 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 медицинские работники в Российской Федерации имеют право на:

⁴⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности» № 585н от 22.08.2013 // СПС «Гарант».

⁴⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» № 982н от 29.11.2012 // СПС «Гарант».

⁴⁸ Конституция Российской Федерации. Принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г. // Российская газета. 1993. 25 декабря (№ 237).

⁴⁹ Риффель А.В. Юридические аспекты реализации прав врача // Закон и право. 2006. № 12 (40). С. 15–17.

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
 - 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
 - 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
 - 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.
- Наиболее значимыми, как представляется, являются пункты с 1 по 3 и 7, однако постараемся затронуть отдельные перечисленные права.

Условия труда медицинского персонала напрямую зависят от технического состояния учреждения, финансирования, уровня знания своих прав и т.д. В соответствии со ст. 212 Трудового кодекса РФ обеспечение безопасных условий и охраны труда является обязанностью работодателя⁵⁰. Но эта обязанность слишком дорого обходится для работодателя, и он любыми способами (возможно, по объективным причинам) старается уменьшить данную статью расходов, чем невольно подвергает жизнь и здоровье своих работников реальной опасности. К сожалению, не во всех лечебных учреждениях имеются все средства индивидуальной защиты медицинского персонала при осуществлении оперативного

⁵⁰ Федеральный закон «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации, признании не действующими на территории Российской Федерации некоторых нормативных правовых актов СССР и утратившими силу некоторых законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации» № 90-ФЗ от 30.06.2006 // Собрание законодательства РФ, 2006, № 27, ст. 2878.

лечения, например, больного ВИЧ. Угроза инфицирования оперирующей бригады хирургов при этом очень велика. Работа по трудовому договору закреплена Трудовым кодексом РФ и регулирует деятельность всего медицинского персонала, вне зависимости от профессиональной принадлежности, не делая акцент на разделении специалистов по хирургическому и терапевтическому профилю. В ст. 350 Трудового кодекса РФ определено, что для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 ч в неделю. Однако этот установленный законодателем «льготный» период времени нередко носит лишь декларативный характер. Невозможно даже предположить, чтобы оперирующий хирург, посмотрев на часы и определив, что он выработал установленный период времени, покинул операционную. Ведь специфика работы врачей хирургического профиля отличается от таковой у специалистов-терапевтов. Хирург может в течение 24-часового дежурства оперировать больных по экстренным показаниям, а анестезиолог — давать наркоз и с утра продолжать уже плановую работу в операционной, при этом общее рабочее время каждого из них составляет около 32 ч.

Право на переподготовку при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья не является чем-то особенным для медицинского персонала, оно закреплено для всех лиц в Трудовом кодексе РФ (ст. 22).

Получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки и совершенствование профессиональных знаний тесно между собой связаны. Из права на получение категорий и повышение квалификации для врача оно стало обязанностью. В том случае, если врач это не осуществит, квалификационная категория будет им потеряна и, соответственно, уменьшится материальное стимулирование, а «потеря» сертификата специалиста означает недопущение к занятию медицинской деятельностью.

Страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением своих профессиональных обязанностей, является камнем преткновения любого специалиста. На практике реализация этого права не определена ни одним законодательным актом. Кто же является органом, определяющим степень или наличие самого факта ошибки? Чаще всего это — экспертные советы медицинского учреждения, в котором проходил лечение пациент, или сторонние медицинские учреждения, в которые направлена жалоба

на действия медицинского персонала. Это все происходит в рамках гражданско-правовых отношений. В ситуации, когда возбуждено уголовное дело в отношении действий (бездействий) медицинского персонала, оценка их деятельности будет осуществляться по результатам проводимых экспертиз, назначаемых в рамках уголовного судопроизводства. Хочется напомнить, что по законодательству XIX в. врачи не могли быть привлечены к уголовной ответственности даже при грубых дефектах лечения, повлекших смерть пациента. Однако в сегодняшней жизни такой тенденции нет. Так кто же в настоящее время «страхует» врачебную ошибку? В реалии оказывается, что никто. Нет механизма реализации этого права. Спасение утопающих оказывается делом рук самих утопающих. Следовательно, врач, который каждый день оперирует, ходит по лезвию правового ножа. Ранее существовавшие и имеющие действительную силу профессиональные союзы медицинских работников теперь канули в Лету. Врач вынужден сам осуществлять защиту своих прав и доказывать правильность своих действий как в медицинской среде, так и органам правосудия и самому больному. К сожалению, это не всегда имеет успех из-за слабой правовой подготовки и отсутствия специалистов, обладающих знаниями в медицине и юриспруденции среди врачей и юристов. В современной жизни граждане осознали свое право оспаривать действия врача и требовать адекватной компенсации в случае причинения ущерба жизни и здоровью или морального вреда в ходе оказания медицинской помощи. Сейчас практика возбуждения гражданских дел в РФ представлена достаточным количеством исков в адрес медицинских учреждений, в результате одного из которых пациент получил компенсацию морального вреда в размере 1,8 млн рублей⁵¹.

Перечисленные права медицинских работников при сравнении с Декретом ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 01.12.1924 и с Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении от 19 декабря 1969 г. значительно расширены, однако явно не соответствуют профессиональным требованиям, предъявляемым законодателем к медицинским работникам, и не отражают весь груз ответственности, лежащий на их плечах. Почему же столь долгий период времени существующая ситуация не разрешена? Ответить на этот вопрос нельзя однозначно. Предпосылок к этому много. Длительно существующее

⁵¹ Канунникова Л.В., Фролова Е.В. Обеспечение прав пациентов при проведении медико-психологической реабилитации ветеранов войн // Медицинское право. М., 2009. № 4. С. 24–26.

заблуждение о том, что врач, дав некую «клятву», и так обязан нести ответственность за свою профессиональную деятельность, поэтому никаких особых прав для него устанавливать не надо, лишь в какой-то степени объясняет «правовой вакуум» в деятельности медицинских работников. В этом смысле клятва Гиппократа явилась как раз одним из основных источников этого. Действительно, человек, избравший путь врачевания, взял на себя тяжкий груз ответственности за жизни других людей, но при этом он не должен быть ущемлен в своих правах только из-за того, что он выбрал врачебную специальность.

Другим моментом может служить еще одно заблуждение о высокой корпоративности, царящей среди врачебного персонала, поэтому установление статуса врача лишь усугубит существующее положение вещей и не решит ситуацию в здравоохранении. Однако рыночные условия жизни явно противоречат этому. Сейчас приходится говорить больше о конкуренции во врачебной среде, чем о корпоративности.

В соответствии с п. 20 ч. 1 ст. 30 Федерального закона «О страховых пенсиях» № 400-ФЗ от 28.12.2013, страховая пенсия по старости назначается лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста⁵². В настоящий момент это единственная компенсирующая законодательная норма в отношении медицинских работников.

Публикации последних лет по правовым вопросам деятельности медицинских работников в основном посвящены защите прав пациентов. Так, заведующий кафедрой уголовного права Академии МВД Республики Молдова, кандидат юридических наук В. Флоря в своей статье «Медицинское право как самостоятельная отрасль права» делает акцент на необходимости более строгого подхода к оценке деятельности медицинского персонала в России и в Молдове, в частности врачей-хирургов, защите пациентов от врачебных ошибок и ответственности при обоснованном риске⁵³. При этом правовое положение медицинских работников и отсутствие реального нормативно закрепленного статуса врача, к сожалению, выпадают из поля зрения автора. Анализируя становление медицинского права в России, приоритетными он определяет именно права пациентов, этой же

⁵² Федеральный закон «О страховых пенсиях» № 400-ФЗ от 28.12.2013 // СПС «Гарант».

⁵³ Флоря В. Медицинское право как самостоятельная отрасль права // Медицинское право. М., 2004. № 1. С. 8–10.

позиции придерживается в своем диссертационном исследовании доктор медицинских наук О.П. Абаева⁵⁴. Кандидат юридических наук Д.В. Бондаренко, при анализе «врачебных ошибок» и отношений, складывающихся в области гражданско-правовой защиты прав пациентов, критически оценивает деятельность медицинского персонала в своей статье «К вопросу юридической ответственности медицинских работников» и отстаивает прежде всего права больных. Однако он косвенно все же говорит о правовой незащищенности врача, признавая, что «если в случае медицинской неудачи всю ответственность возлагать на медицинских работников, нас некому будет лечить. Мало кто рискнет взять в руки скальпель, если будет знать, что за спиной стоит судья, готовый удовлетворить иск против медицинского работника на крупную сумму»⁵⁵. По мнению же профессора кафедры медицинского права Московской медицинской академии С.А. Корсакова, в основе деятельности любого врача лежат три кита: профессиональная подготовка, профессиональная этика и профессиональное законодательство⁵⁶. И в этом случае именно законодательное закрепление прав медицинских работников является определяющим моментом. Логично было бы поставить профессиональное законодательство на первое место, так как изначально необходимо прежде всего нормативно закрепить деятельность медицинского персонала, а уж потом решать вопросы профессиональной подготовки и этики, в противном случае медицинская деятельность становится уязвимой во всех отношениях.

Отсутствие нормативно закрепленного правового статуса врача привело к снижению престижности этой профессии и оттоку кадров из этой области. В настоящий момент назрела необходимость в законе, который, во-первых, определил бы реальные права и обязанности врачей, а во-вторых, соответствовал бы уровню развития медицинской науки и укрепил бы положение врача в нашем обществе, содержал бы правовые механизмы точного и четкого регулирования и определения прав и обязанностей врачей и других медицинских работников.

⁵⁴ Абаева О.П. Научное обоснование и пути оптимизации реализации прав пациента в Российской Федерации: дис. ... докт. мед. наук. М., 2011. 305 с.

⁵⁵ Бондаренко Д.В. К вопросу юридической ответственности медицинских работников // Медицинское право. М., 2006. № 4. С. 41–46.

⁵⁶ Корсаков С. А. О трудностях формирования медицинского права в России. <http://www.med-pravo.ru/Articles/MedLawQuest/ProbFormingMedLaw.htm>.