

Анализ проекта Кодекса Республики Беларусь о здравоохранении

Введение

Предметом настоящего исследования является проект Кодекса о здравоохранении, представленный Министерством здравоохранения Республики Беларусь для общественного обсуждения 29 ноября 2024 года.

Первоначально для обсуждения предлагался десятидневный срок – до 9 декабря 2024 года, – однако впоследствии он был продлен до 1 февраля 2025 года. Следует отметить, что даже увеличение срока до двух месяцев не позволяет говорить о надлежащей процедуре, поскольку срок этот все равно представляется недостаточным для обсуждения кодекса в такой важной для общества сфере. При этом сами проведенные обсуждения осуществлялись фактически без обратной связи (гражданам было предложено оставлять комментарии на интернет-сайте), и – что еще более важно – разработчики проекта не разъяснили логику и значение изменений и нововведений, в связи с чем разобраться в 300-страничном документе крайне затруднительно. Опубликованная вместе с проектом Кодекса пояснительная записка на 21 листе не позволяет в должной мере оценить объем изменений и понять мотивы, по которым они вносятся.

После общественных обсуждений публичной информации о дальнейшей работе над проектом Кодекса не появлялось. Проект Кодекса не был внесен на рассмотрение парламента в весеннюю сессию 2025 года, и в настоящее время согласно официальному сайту Палаты представителей проект на рассмотрении осенней сессии не значится.

Источники кодификации

В своей основе проект Кодекса представляет собой кодификацию восьми действующих законов в сфере здравоохранения:

- «О здравоохранении»;
- «Об оказании психиатрической помощи»;
- «О вспомогательных репродуктивных технологиях»;
- «О трансплантации органов и тканей человека»;
- «Об обращении лекарственных средств»;
- «О донорстве крови и ее компонентов»;
- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека»

Помимо этого, в проект Кодекса включены отдельные положения иных законодательных актов (например, ст. 13 Закона «О правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства»), многих подзаконных актов (например, Постановление Совета Министров от 13.05.2021 № 267 «О порядке функционирования и использования централизованной информационной системы здравоохранения»).

В большинстве случаев эти нормативные правовые акты или их части включены в проект без существенных изменений, однако имеются и нововведения. В целом, предложенный проект Кодекса не несет коренных изменений для системы здравоохранения, хотя отдельные положения существенным образом затрагивают права и обязанности пациентов, медицинских работников, а также отдельные полномочия органов и организаций в сфере здравоохранения.

Структура

Проект Кодекса включает 281 статью и структурно разделен на Общую и Особенную части.

В Общей части проекта Кодекса (статьи 1-91) представлены следующие главы:

- Глава 1. Основные положения
- Глава 2. Государственные гарантии прав граждан в сфере здравоохранения
- Глава 3. Государственное и общественное регулирование и управление в области здравоохранения. общественное участие в принятии решений
- Глава 4. Международное сотрудничество в области здравоохранения
- Глава 5. Государственный социальный заказ в области здравоохранения
- Глава 6. Финансирование, материально-техническое обеспечение в области здравоохранения
- Глава 7. Информационное обеспечение в области здравоохранения
- Глава 8. Кадровое обеспечение здравоохранения
- Глава 9. Научная и образовательная деятельность в области здравоохранения
- Глава 10. Структура здравоохранения
- Глава 11. Права и обязанности пациентов
- Глава 12. Гарантии, права и обязанности работников здравоохранения

В своей основе Общая часть проекта Кодекса повторяет положения закона «О здравоохранении». В статье 1 собраны основные термины, используемые во всем законе (в то же время в отдельных главах Особенной части проекта Кодекса используются термины, применяемые только для регулируемых в соответствующей главе правоотношений).

В Особенной части проекта Кодекса (статьи 92-281) представлены следующие главы:

- Глава 13. Общие вопросы оказания медицинской помощи
- Глава 14. Экспертизы в области здравоохранения. оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз
- Глава 15. Репродуктивное здоровье граждан
- Глава 16. Применение вспомогательных репродуктивных технологий
- Глава 17. Оказание психиатрической, в том числе наркологической, помощи
- Глава 18. Предупреждение распространения социально опасных заболеваний
- Глава 19. Донорство крови и ее компонентов
- Глава 20. Трансплантация органов и тканей человека
- Глава 21. Обращение лекарственных средств
- Глава 22. Обращение медицинских изделий
- Глава 23. Обращение биомедицинских клеточных продуктов
- Глава 24. Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения
- Глава 25. Осуществление государственного санитарного надзора. главные государственные санитарные врачи
- Глава 26. Обязанность содействия медицинским работникам. меры по охране здоровья населения
- Глава 27. Ответственность за нарушение законодательства о здравоохранении
- Глава 28. Заключительные положения

В Особенной части в соответствующих главах собраны нормы перечисленных выше специальных законов, а также и закона «О здравоохранении», не вошедшие в Общую часть (например, положениям об оказании медицинской помощи посвящена отдельная глава Особенной части). В ряде случаев вызывает сомнение целесообразность кодификации такого перечня законов. Например, 33 статьи проекта Кодекса посвящено вопросам донорства крови и ее компонентов, что практически полностью повторяет содержание соответствующего закона, в том числе такие частные узконаправленные вопросы, регулирование которых допустимо даже на уровне подзаконных актов. К примеру, статья 174 «Права и обязанности нанимателя, руководителя организации, входящей в состав воинского формирования, военизированной организации или уполномоченного им лица, командира (начальника) по содействию донорству» занимает около 2 страниц проекта Кодекса, что представляется неуместным для головного акта в сфере здравоохранения.

В заключительных положениях проекта Кодекса (статья 279) перечислены специальные законы и отдельные нормы, которые утрачивают силу после вступления Кодекса в силу. Однако полагаем, что сохранение специальных законов, более детально регулирующих отдельные сферы

здравоохранения, без включения их в Кодекс, но с приведением терминологии к единообразию, было бы более уместно и удобно для пользования.

Общая характеристика содержания

Как отмечалось выше, проект Кодекса во многом воспроизводит нормы действующего законодательства. Некоторые статьи перенесены из других законов или постановлений полностью. Такой подход нельзя признать неверным, поскольку кодификация подразумевает объединение нескольких нормативных правовых актов в один и придание им единой терминологии и структуры. Однако, как отмечалось выше, излишне детальное регулирование отдельных отраслей правоотношений в кодексе представляется излишним и неудобным для пользования.

С другой стороны, принятие такого Кодекса не решит многие существующие проблемы в здравоохранении. Поэтому исследуемый документ представляет собой не реформу здравоохранения, а внесение изменений в действующее законодательство. Это обусловило методику, применяемую при анализе проекта Кодекса. В первую очередь оценивались новые, по сравнению с действующим законодательством, положения. Уже существующие нормы системно не анализировались, а лишь в части предложений к проекту на основании международных стандартов в области здравоохранения и профессионального мнения представителей медицинского сообщества.

Положительные изменения

Изменены или дополнены существующие и появились некоторые новые термины, применяемые для регулирования правоотношений во всей области здравоохранения. К примеру, согласно Закону «О здравоохранении» термин «близкие родственники» включает в себя внуков, достигших совершеннолетия. В проекте Кодекса условие достижения совершеннолетия исключено, и близкими родственниками считаются также несовершеннолетние внуки.

В статье 2 расширен предмет правового регулирования, что связано со включением в проект Кодекса специальных законов, регулирующих области психиатрии, трансплантации, донорства и др.

Закреплено право пациентов фотографировать медицинские документы, отражающие информацию об их здоровье и фактах обращения за медицинской помощью (подпункт 1.7 пункта 1 статьи 79 проекта Кодекса): *«Пациент имеет право на [...] ознакомление с медицинскими документами, имеющимися в организации здравоохранения и отражающими информацию о состоянии его здоровья, фактах обращения за медицинской помощью, делать выписки из них, осуществлять фотосъемку».*

Лечащий врач наделен правом самостоятельно направлять пациента в другие организации здравоохранения при отсутствии возможности диагностики и лечения предполагаемого заболевания (состояния) в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь (подпункт 1.5 пункта 1 статьи 98). В действующем же Законе «О здравоохранении» в компетенции лечащего врача (статья 17) предусматривается, что он лишь «ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости направления пациента в другие организации здравоохранения».

В проект Кодекса внесено большое количество положений, касающихся функционирования централизованной информационной системы здравоохранения (ЦИСЗ). Нормы с указанием на ЦИСЗ добавлены и в иные статьи. Данная система уже вводится в действие (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13.05.2021 № 267 «О порядке функционирования и использования централизованной информационной системы здравоохранения», постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.02.2024 № 21 «Об операторе централизованной информационной системы здравоохранения»). На данный момент анализ положений, касающихся ЦИСЗ, затруднителен, поскольку неизвестно, каким образом система будет действовать на практике, однако хранение медицинской информации в электронной базе с доступом пациента через личный кабинет представляется прогрессивным и необходимым нововведением.

Закреплена норма о том, что жизнь, здоровье и имущество медицинского работника государственной организации здравоохранения подлежат обязательному государственному страхованию за счет средств республиканского бюджета (статья 91 проекта Кодекса). При этом предусмотренные к выплате суммы вызывают сомнения в справедливости установленного размера.

В главе 16 «Применение вспомогательных репродуктивных технологий» включены не только положения Закона «О вспомогательных репродуктивных технологиях», но и переработаны нормы с учетом медицинской практики (увеличен перечень видов вспомогательных репродуктивных технологий, закреплено право на бесплатные консультации, одну бесплатную попытку экстракорпорального оплодотворения, льготный кредит на его проведение и др.).

В качестве отдельного субъекта правоотношений вводятся «общественные объединения пациентов», для которых предусмотрено участие в ряде мероприятий в сфере здравоохранения (пункты 2, 8 статьи 18 проекта Кодекса).

Технические недостатки

Ряд формулировок, содержащихся в проекте Кодекса, требуют доработки («канцеляризмы», неуместное приведение норм). К примеру, подпункт 1.1 пункта 1 статьи 108 сформулирован следующим образом: «необходимости установления или подтверждения факта наличия или отсутствия у лица: ...». В пункте 2 статьи 103 содержится малоинформативная норма, разъясняющая идеологические мотивы запрета совершать трансгендерный переход законным представителям: *«Законные представители несовершеннолетнего в целях создания необходимых условий для полноценного развития, воспитания, образования, укрепления здоровья ребенка, формирования института семьи и брачно-семейных отношений и подготовки его к самостоятельной жизни в семье и обществе не вправе изменять и корректировать свою половую принадлежность»*. Такие формулировки допустимы в Общей части, в статье «Принципы», но не в статье Особенной части, предметно регулирующей отдельные правоотношения.

Не ко всему проекту Кодекса применяется единый подход в нормотворческой технике (что связано с компиляцией различных законов). В некоторых главах в преамбуле приводится дополнительная терминология, в то время как в других главах термины включены в статьи (например, в статье 121 проекта Кодекса пункты 2-4 представляют собой определения терминов, в то время как в большей части проекта Кодекса определения принято выносить в преамбулу к Главе или же в статью 1).

Встречаются ошибки нумерации (к примеру, в статье 83 после пункта 13 сразу же следует пункт 17).

Предложения по изменению и дополнению проекта Кодекса

В настоящем разделе анализируется ряд норм, содержащихся в проекте Кодекса (преимущественно – нововведений), которые, по нашему мнению, нуждаются в корректировке или исключении из Кодекса. После анализа каждой нормы приводятся конкретные предложения по внесению соответствующих изменений в проект Кодекса.

Правовое регулирование отношений в области здравоохранения

В пункте 2 статьи 2 Кодекса изложена следующая норма: *«Законодательство о здравоохранении основывается на Конституции Республики Беларусь и состоит из настоящего Кодекса, актов Президента Республики Беларусь и иных актов законодательства»*.

Полагаем включение данной нормы излишним, поскольку она лишена содержательности: в соответствии с Законом «О нормативных правовых

актах» термин *«акты законодательства»* определяется как *«нормативные правовые акты, составляющие законодательство»*. То есть, фактически, норма пункта 2 статьи 2 Кодекса говорит о том, что законодательство состоит из актов, составляющих законодательство.

Вместе с тем, на месте этого пункта считаем важным отразить положение статьи 8 Конституции, касающееся приоритета общепризнанных принципов международного права и соответствия им законодательства. Эта конституционная норма традиционно включается в законодательные акты Республики Беларусь, что обусловлено нормотворческой техникой. Кроме того, в связи с наличием в проекте Кодекса бланкетных норм, отсылающих к международным стандартам (Международные медико-санитарные правила; Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; рекомендации Всемирной организации здравоохранения), считаем необходимым это также отразить в статье.

Предложение:

Пункт 2 статьи 2 проекта Кодекса изложить в следующей редакции:

«Правовое регулирование здравоохранения в Республике Беларусь основывается на принципах международного права и соблюдения международных стандартов в области прав человека».

Полномочия Министерства здравоохранения

Перечисленные в статье полномочия Министерства здравоохранения не отражают некоторые важные функции, в то время как некоторые полномочия описаны чрезмерно подробно. Например, представляется излишним дублировать полномочия в части составления форм документов – письменного согласия донора на взятие у него крови, письменного согласия реципиента на переливание крови – поскольку за Министерством здравоохранения уже закреплено полномочие «разрабатывать и устанавливать формы медицинских документов и определять порядок их заполнения».

В то же время, полагаем существенным отразить исключительное полномочие Министерства здравоохранения в составлении клинических протоколов, а также предусмотреть контроль за осуществлением медицинской деятельности в военизированных организациях.

Предложение:

Исключить из пункта 9 статьи 11 следующие абзацы, отражающие полномочия Министерства здравоохранения:

«устанавливает форму письменного согласия донора на взятие у него крови, ее компонентов, применение в отношении его вспомогательных медицинских технологий»;

«устанавливает форму письменного согласия реципиента на переливание крови, ее компонентов»;

«устанавливает порядок учета случаев возникновения неблагоприятных последствий переливания крови, ее компонентов и формы документов, необходимых для их учета, а также порядок представления субъектами обращения крови, ее компонентов информации о случаях возникновения неблагоприятных последствий переливания крови, ее компонентов»;

Пункт 9 статьи 11 Кодекса дополнить следующими полномочиями Министерства здравоохранения:

«устанавливает порядок разработки клинических протоколов, порядка оказания медицинской помощи, утверждает их и осуществляет их регулярный пересмотр»;

«осуществляет контроль, включая выездные проверочные мероприятия, за соблюдением военизированными организациями стандартов оказания медицинской помощи, профилактики заболеваний, санитарно-эпидемиологических условий и иных требований законодательства о здравоохранении».

Комитет по биоэтике

Статьей 17 проекта Кодекса предусмотрено создание Комитета Республики Беларусь по биоэтике, определены его задачи.

1) В пункте 3 статьи 17 проекта Кодекса указано, что Комитет Республики Беларусь по биоэтике является консультативным органом. Вместе с тем, имеются иные нормы проекта Кодекса, в которых заключения Комитета по биоэтике носят обязательный характер для определенных процедур. В частности, подпунктом 1.5 пункта 1 статьи 235 предусмотрено полномочие запрещать обращение медицинских изделий на основании заключения Комитета:

«1. Запрещаются ввоз в Республику Беларусь, производство, реализация и медицинское применение (эксплуатация) в Республике Беларусь:

...

1.5. медицинских изделий, в отношении которых имеется официальное уведомление уполномоченного органа, в том числе Комитета Республики Беларусь по биоэтике, или производителя (его уполномоченного представителя) о выявленных несоответствиях и необходимости их изъятия из обращения».

Полагаем, такое полномочие излишне, поскольку в Республике Беларусь действует РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» (являющееся профильной организацией в сфере клинических испытаний лекарственных средств и медицинских изделий), которое может выполнять

функцию выявления в них несоответствий и дачи соответствующих заключений. В этой связи, считаем необходимым исключить Комитет по биоэтики из указанной нормы.

2) Согласно ст.17 Кодекса Комитет Республики Беларусь по биоэтике создается Министерством здравоохранения и является единственным органом, выполняющим задачи, перечисленные в пункте 2 статьи 17 проекта Кодекса.

Биоэтика является сферой междисциплинарных исследований, напрямую связанная с научной деятельностью, в связи с чем представляется обоснованным создание и функционирование соответствующего органа на базе медицинских ВУЗов Республики Беларусь, которые имеют достаточное количество необходимых специалистов в различных отраслях и компетенции для привлечения необходимых сторонних экспертов, а также организационную и материально-техническую базу. Представляется также обоснованным создание не единого централизованного комитета, а нескольких комитетов (комиссий) при каждом ВУЗе, что создаст больше возможностей для исследований в этой сфере.

3) Среди задач Комитета по биоэтике названы в том числе «консультирование и принятие решений, которые носят **рекомендательный** характер, для обеспечения безопасности жизнедеятельности человека как объекта биомедицинских исследований».

Если другие предложенные задачи Комитета по биоэтике действительно во многом связаны с разработкой рекомендаций, то применительно к биомедицинским исследованиям с участием человека целесообразно придать заключениям Комитета (комитетов) обязательный характер. Это будет более конкретно определять роль такого комитета (комитетов) в системе здравоохранения и создавать гарантии для граждан.

Предложение:

Статью 17 проекта Кодекса изложить в следующей редакции:

«Статья 17. Комитеты по биоэтике.

1. В целях рассмотрения вопросов, связанных с соблюдением общих принципов биоэтики, гуманизма и нравственности, прав человека в области биомедицины, исследовательской этики в биомедицинских и других научных исследованиях, медицинской этики и деонтологии в деятельности системы здравоохранения, Министерством здравоохранения определяется порядок создания и функционирования комитетов по биоэтике в высших учебных заведениях Республики Беларусь.

2. Основными задачами комитетов по биоэтике являются:

2.1. консультирование и принятие решений, которые носят обязательный характер, для обеспечения безопасности жизнедеятельности человека как объекта биомедицинских исследований;

2.2. рассмотрение сложных в морально-правовом отношении ситуаций, возникающих в биомедицинской науке и практике, вынесение соответствующих консультативно-рекомендательных заключений;

2.3. формирование экспертизы в области нейроэтики и этики искусственного интеллекта в медицине, а также в понимании морально-этических проблем и возможностей, лежащих в основе нейробиологии и искусственного интеллекта в медицине;

2.4. рассмотрение сложных в морально-правовом отношении ситуаций, возникающих в медицинской практике при внедрении технологий искусственного интеллекта, вынесение соответствующих консультативно-рекомендательных заключений;

2.5. укрепление доверия, консолидации и партнерских отношений между медицинскими работниками, пациентами, общественными объединениями и обществом в целом;

2.6. укрепление доверия к медицинским цифровым решениям, а также повышение общего уровня цифровой грамотности медицинских работников и пациентов в отношении современных медицинских технологий;

2.7. повышение уровня знаний населения в области биоэтики, нейроэтики и этики искусственного интеллекта в медицине;

2.8. формирование единой системы рекомендательных принципов и правил, предназначенных для создания среды доверенного развития технологий искусственного интеллекта и нейротехнологий в медицине.»

Профессиональные союзы в системе здравоохранения

В статье 18 проекта Кодекса предусмотрено, что Белорусский профессиональный союз работников здравоохранения участвует в разработке нормативных и локальных правовых актов органов управления здравоохранением, касающихся трудовых отношений, нормирования и оплаты труда и согласовывает проекты таких актов.

Законодательное закрепление таких прав за конкретной структурой является неправомерным, ограничивающим право граждан на ассоциацию.

Приведенная норма по сути своей является дискриминационной, поскольку лишает медицинских работников, состоящих в любых других профсоюзах, возможности участвовать в решении перечисленных вопросов, что противоречит статье 4 Закона «О профессиональных союзах».

Предоставление Белорусскому профессиональному союзу работников здравоохранения таких исключительных прав можно расценивать как способ принуждения вступления в этот профсоюз (поскольку вне его невозможно влиять на принятие решений), что нарушает принцип добровольности членства.

При этом данный профсоюз в действительности нельзя признать независимой структурой, способной эффективно отстаивать права своих членов и других работников системы здравоохранения. Фактически, это структура, контролируемая государством, действующая вопреки принципу независимости профсоюзов.

В связи с этим всем профсоюзам медицинских и фармацевтических работников необходимо предоставить равные правомочия.

Предложение:

Изложить пункт 7 статьи 18 проекта Кодекса в следующей редакции:

«Нормативные и локальные правовые акты органов управления здравоохранением, касающиеся трудовых отношений, нормирования и оплаты труда, разрабатываются с участием профессиональных союзов работников здравоохранения.

Проекты нормативных и локальных правовых актов органов управления здравоохранением, касающиеся трудовых отношений, нормирования и оплаты труда, согласовываются с профессиональными союзами работников здравоохранения».

Общественные объединения в системе здравоохранения

Статья 18 проекта Кодекса закрепляет право медицинских и фармацевтических работников создавать соответствующие профессиональные общественные объединения, а также перечисляет основные мероприятия в сфере здравоохранения, в которых эти общественные объединения могут участвовать. Аналогичные нормы предусмотрены в этой статье для общественных объединений пациентов.

Само по себе закрепление в Кодексе права создавать общественные объединения не имеет большого юридического эффекта, поскольку это право и так принадлежит гражданам исходя из Конституции и Закона «Об общественных объединениях».

Однако в проекте Кодекса речь идет не о любых, а о **профессиональных** общественных объединениях, которые создают медицинские и фармацевтические работники **«при осуществлении своих должностных обязанностей»**. Только такие общественные объединения проект Кодекса наделяет определенными правомочиями, включающими участие в разработке норм медицинской этики и деонтологии, клинических протоколов, порядка оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам, учебно-программной документации образовательных программ.

В действующем Закона «О здравоохранении» практически тот же перечень правомочий предоставлен «медицинским и фармацевтическим общественным объединениям», без указания на их «профессиональный» характер (статья 53 Закона).

Таким образом, проект Кодекса ограничивает общественное участие в решении вопросов в сфере здравоохранения. В соответствии с прилагаемой нормой к перечисленным мероприятиям не будут допускаться объединения, в которые входят лица, не являющиеся действующими медицинскими или фармацевтическими работниками (например, бывшие работники, представители науки, иные лица, обладающие тем не менее необходимой компетенцией), а также объединения пациентов. Это фактически сближает профессиональные общественные объединения с профсоюзами, хотя решение перечисленных вопросов, наоборот, требует более широкого общественного представительства.

В данном случае возврат к формулировке «медицинские и фармацевтические общественные объединения» (без определения «профессиональные») представляется недостаточным ввиду неясности этого понятия. Целесообразным будет ввести более широкое понятие – например, общественные объединения в сфере здравоохранения – которые будут включать как профессиональные объединения, так и объединения пациентов, а также любые другие организации, чья деятельность связана со сферой здравоохранения.

Следует также отметить, что права общественных объединений по участию в различных мероприятиях прописаны через формулировки «принимают участие», «участвуют». Такие формулировки не позволяют однозначно определить порядок, в котором общественные объединения будут привлекаться к различным мероприятиям. Это может привести к тому, что государственные органы будут самостоятельно определять, кого и в каком количестве приглашать для решения того или иного вопроса. В связи с этим требуется более однозначно определить обязанности государства в данной сфере.

Предложение:

Пункт 1 статьи 18 проекта Кодекса изложить в следующей редакции:

«Общественными объединениями в сфере здравоохранения признаются общественные объединения, уставные задачи которых направлены на содействие развитию системы здравоохранения, реализацию и защиту прав пациентов, медицинских и фармацевтических работников и решение других общественно значимых вопросов в сфере здравоохранения».

В пунктах 3-6, 9-10 статьи 18 и других релевантных нормах проекта Кодекса заменить «медицинские, фармацевтические общественные объединения» на «общественные объединения в сфере здравоохранения».

Пункт 2 статьи 18 проекта Кодекса дополнить:

«Пациенты имеют право на создание общественных объединений пациентов (далее – объединение пациентов), **которые являются одним из видов общественных объединений в сфере здравоохранения**».

Пункт 4 статьи 18 проекта Кодекса изложить в следующей редакции:

«Общественные объединения в сфере здравоохранения, включая объединения пациентов, в соответствии со своими уставами принимают участие в решении вопросов в области здравоохранения в порядке, установленном законодательством. Государственные органы, в компетенции которых находятся соответствующие вопросы, обязаны обеспечивать общественным объединениям возможность участвовать в их решении».

Разработка клинических протоколов

Проект Кодекса не предусматривает подробного регулирования вопросов разработки клинических протоколов. Вместе с тем, считаем важным зафиксировать именно на уровне данного законодательного акта принцип составления «расширенных клинических протоколов», когда для уязвимых групп населения предусматривается оказание медицинской помощи выше минимальных стандартов (например, для лиц, находящихся в социальных учреждениях, исправительных колониях и др.). Кроме того, полагаем, что в Кодексе следует отразить рекомендации Всемирной организации здравоохранения о проведении регулярного пересмотра клинических протоколов не реже одного раза в 2-3 года.

Предложение:

Пункт 3 статьи 92 проекта Кодекса дополнить, изложив в следующей редакции:

«3. Клинические протоколы и порядок оказания медицинской помощи по профилям заболеваний разрабатываются в порядке, установленном Министерством здравоохранения, при участии общественных объединений в сфере здравоохранения. Пересмотр клинических протоколов осуществляется не реже одного раза в три года. Исходя из условий специализированных учреждений, в которых пребывает пациент, разрабатываемые клинические протоколы должны предусматривать расширенный объем оказания медицинской помощи».

Территориальный принцип закрепления за организациями здравоохранения

В проекте Кодекса предусмотрено закрепление граждан за государственными организациями здравоохранения по месту жительства (месту пребывания), а также по месту работы (учебы, службы) при наличии ведомственных организаций здравоохранения (пункт 7 статьи 92 проекта Кодекса). Право получать медицинскую помощь в государственных организациях здравоохранения вне места жительства возможно в двух случаях:

– при направлении лечащим врачом (статья 94 проекта Кодекса);

– при самостоятельном обращении гражданина с его временным закреплением за организациями здравоохранения вне места жительства (статья 93 проекта Кодекса).

Во втором случае временное закрепление должен согласовать руководитель организации здравоохранения (пункт 3 статьи 93 проекта Кодекса). При этом при самостоятельном обращении закрепление возможно только для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного пребывания, а в стационарных условиях – только на основании письменного направления.

Аналогичные положения действуют и в настоящее время (части 7 – 9 статьи 14 Закона «О здравоохранении» и отдельная Инструкция о порядке оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь вне их места жительства (места пребывания), утвержденная постановлением Министерства здравоохранения от 22.12.2008 №229).

Обязательное закрепление за организациями здравоохранения по месту жительства не позволяет в полной мере реализовать право пациента на выбор лечащего врача и организации здравоохранения, закрепленный в том числе и в проекте Кодекса (подпункт 1.2 пункта 1 статьи 79). С другой стороны, с учетом мобильности современных граждан наличие обязательного закрепления по месту жительства противоречит принципу доступности медицинского обслуживания (статья 3 проекта Кодекса).

Наличие права обратиться в организацию здравоохранения вне места жительства нельзя признать достаточным для реализации вышеуказанных прав и принципов. Во-первых, в силу временного характера такого закрепления (в соответствии с проектом Кодекса – не более 1 года; после этого закрепление может быть продлено, что означает дополнительные бюрократические процедуры). Во-вторых, временное закрепление обусловлено решением руководителя организации здравоохранения, что может создавать дополнительные административные препятствия.

В связи с этим целесообразным представляется отменить территориальный принцип оказания медицинской помощи, предоставить пациентам возможность самостоятельно выбирать любую организацию здравоохранения по своему усмотрению. Такой подход соответствует современным тенденциям управления здравоохранением и реализован во многих странах, включая государства ЕС.

Предложение:

Изложить пункт 7 статьи 92 в новой редакции:

«7. В целях обеспечения доступности и непрерывности медицинской помощи граждане Республики Беларусь имеют право самостоятельно выбирать государственную или частную организацию здравоохранения для оказания им медицинской помощи, включая первичную медицинскую помощь. Закрепление граждан за организациями здравоохранения

осуществляется по их выбору на основании личного заявления гражданина (законного представителя несовершеннолетнего). Гражданин вправе в любое время изменить организацию здравоохранения, в которой получает медицинскую помощь, путём подачи нового заявления. Министерство здравоохранения определяет порядок учёта прикрепления граждан и обмена медицинской информации между организациями здравоохранения».

Статью 93 «Оказание медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в государственных организациях здравоохранения вне их места жительства (места пребывания)» следует исключить.

Статью 94 дополнить пунктом 2 следующего содержания:

«2. Направление пациента в организации здравоохранения более высокого уровня осуществляется по медицинским показаниям, однако не ограничивает право пациента самостоятельно обратиться в любую организацию здравоохранения, оказывающую соответствующие виды медицинской помощи».

Гарантии лицам, содержащимся в изоляции

Пункт 11 статьи 92 гарантирует оказание медицинской помощи лицам, содержащимся под стражей или отбывающим наказание в виде ареста, ограничения свободы, лишения свободы на определенный срок, пожизненного лишения свободы, а также осужденным к смертной казни. Также этой нормой предусматривается обязательное медицинское освидетельствование осужденных, поступающих в учреждения уголовно-исполнительной системы МВД.

Данные нормы не охватывают весь круг лиц, находящихся в условиях фактической изоляции от общества и полностью зависящих от государства в вопросах медицинского обеспечения.

В частности, гарантия оказания медицинской помощи должна распространяться не только на лиц, заключенных под стражу или отбывающих наказание, но и на задержанных в рамках уголовного процесса (согласно УПК задержание не тождественно заключению под стражей), на задержанных в рамках административного процесса или отбывающих административный арест по постановлению суда (в изоляторах временного содержания и центрах изоляции правонарушителей), а также на лиц, помещенных в лечебно-трудовые профилактории.

Аналогичным образом, нормы об обязательном медицинском освидетельствовании должны распространяться не только на осужденных, но также и на все вышеуказанные категории лиц. Соответственно, освидетельствование должно проводиться при поступлении не только в учреждения уголовно-исполнительной системы МВД, но также и в учреждения и структурные подразделения органов государственной

безопасности и органов внутренних дел, не входящих в уголовно-исполнительную систему (например, ИВС на Окрестина не входит в уголовно-исполнительную систему, а является подразделением ГУВД Мингорисполкома).

Для лиц, находящихся в местах изоляции, такие нормы создадут большие гарантии защиты здоровья, а также предотвращения пыток и жестокого обращения.

Закрепление таких требований будет соответствовать и требованиям международных актов, в частности, Минимальным стандартным правилам Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными (Правилам Нельсона Манделы), согласно которым «врач или другие квалифицированные медицинские специалисты, независимо от того, подотчетны ли они этому врачу или нет, должны принять каждого заключенного, побеседовать с ним и подвергнуть его медицинскому осмотру как можно скорее после поступления, а затем по мере необходимости» (Правило 30).

Полагаем также важным подчеркнуть возможность получения лицами, содержащимися в местах изоляции, платных медицинских услуг. Статья 6 проекта Кодекса закрепляет право всех граждан на получение таких услуг. В настоящее время эти услуги оказываются в том числе лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (к примеру, проведение стоматологических операций на платной основе уже длительное время практикуется в изоляторах и других учреждениях). Тем не менее, практика не единообразна: в ряде случаев начальники учреждений уголовно-исполнительной системы отказывают содержащимся в них лицам в доступе к платным медицинским услугам, что, вероятно, объясняется отсутствием правовой нормы, прямо предусматривающей такую возможность.

Предложение:

Изложить норму пункта 11 статьи 92 проекта Кодекса в следующей редакции:

«11. Лицам, задержанным в порядке, установленном Уголовно-процессуальным кодексом и Процессуально-исполнительным кодексом об административных правонарушениях, содержащимся под стражей, отбывающим административный арест, наказание в виде ареста, ограничения свободы, лишения свободы на определенный срок, пожизненного лишения свободы, осужденным к смертной казни, направленным в лечебно-трудовой профилакторий гарантируется оказание необходимой медицинской помощи.

При поступлении в учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел, в иные учреждения и подразделения органов внутренних дел, органов государственной безопасности и других государственных органов, предназначенные для содержания задержанных, лиц, подвергнутых административному аресту или заключенных под стражу,

лиц, направленных в лечебно-трудовые профилактории, каждый подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию.»

Статью 6 проекта Кодекса дополнить пунктом 5 следующего содержания:

«5. Учреждения уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел, иные учреждения и подразделения органов внутренних дел, органов государственной безопасности и других государственных органов, предназначенные для содержания задержанных, лиц, подвергнутых административному аресту или заключенных под стражу, лиц, направленных в лечебно-трудовые профилактории, обеспечивают доступ содержащихся в них лиц к платным медицинским услугам».

Фотосъемка в организациях здравоохранения

В подпункте 1.13 пункта 1 статьи 79 проекта Кодекса (права пациента) предусмотрено право пациента на проведение фото- видеосъемки, аудиозаписи в помещениях организации здравоохранения, однако лишь с разрешения администрации. Даная норма фактически устанавливает ограничения, которые могут привести к следующему:

- пациент лишится возможности защитить свои нарушенные права в суде, опираясь на объективные доказательства, полученные им посредством записи;
- до общественности не будет доводиться информация о проблемах в медучреждениях (антисанитария, большие очереди, устаревшее оборудование и т.п.);
- пациент не сможет сфотографировать график работы врачей и иную справочную информацию.

Полагаем, пациент вправе вести съемку в помещениях организации здравоохранения без получения разрешения администрации, однако при этом необходимо обеспечить охрану врачебной тайны, персональных данных, комфортные условия труда медицинских работников.

В этой связи представляется необходимым ограничить съемку в следующих случаях:

- если в объектив камеры попадают другие пациенты (которые имеют право сохранять в тайне факт своего посещения организации здравоохранения);
- когда лечащий врач или иной медицинский работник возражает против записи, мешающей его работе;
- когда по объективным причинам (связанным с информационной безопасностью, защитой врачебной тайны и персональных данных, особенностям режимных учреждений) администрацией установлен запрет на съемку.

Чтобы не отягощать формулировку данной нормы, эти обстоятельства могут быть отражены в виде отдельного пункта в соответствующей статье Кодекса.

Предложение:

Изложить подпункт 1.13 пункта 1 статьи 79 проекта Кодекса в следующей редакции:

«[1.Пациент имеет право на: ...]

1.13. проведение фото- и видеосъемки, аудиозаписи в помещениях организации здравоохранения при соблюдении условий, установленных пунктом 4 настоящей статьи».

Дополнить статью 79 проекта Кодекса пунктом 4 следующего содержания:

«Проведение фото- и видеосъемки, аудиозаписи в помещениях организации здравоохранения возможно при условии, что это не посягает на врачебную тайну других пациентов, включая факт их обращения за медицинской помощью. Медицинский работник, оказывающий пациенту медицинскую помощь, должен быть проинформирован пациентом о проведении фото- и видеосъемки, аудиозаписи и вправе отказаться от оказания медицинской помощи этому пациенту (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи). Администрация организации здравоохранения вправе устанавливать запрет на проведение фото- видеосъемки, аудиозаписи в отдельных помещениях организации здравоохранения по мотивам защиты персональных данных, врачебной тайны, информационной безопасности, а также в связи с необходимостью соблюдения установленного порядка доступа на режимные и охраняемые объекты».

Предоставление информации о состоянии здоровья пациента

Пункт 8 статьи 84 проекта Кодекса содержит перечень государственных органов, должностных лиц и организаций, которым предоставляется информация, содержащая врачебную тайну, без согласия пациента или лиц, указанных в подпункте 1.11 пункта 1 статьи 1 проекта Кодекса. В перечне не представлены адвокаты, обладающие правом получать любые сведения по запросам в соответствии с пунктом 2 статьи 17 Закона Республики Беларусь «Об адвокатуре и адвокатской деятельности».

Адвокатские запросы позволяют ускорить рассмотрение дел в судах, способствуют эффективному и всестороннему следствию, однако на практике адвокаты часто получают отказы на запросы в связи с ограничениями по врачебной тайне. Это приводит к обжалованиям отказов вышестоящим должностным лицам, обращениям в органы внутренних дел для составления протоколов на медицинских работников, не предоставивших сведения по

адвокатскому запросу, а также увеличивает сроки рассмотрения дел в судах, поскольку судьям приходится откладывать заседания для истребования сведений по ходатайству стороны. Полагаем, что приведение проекта Кодекса в соответствие с вышеуказанным Законом путем включения в пункт 8 статьи 84 категории «адвокаты» устранил правовую коллизию и окажет положительное влияние на правоприменительную деятельность.

Предложение:

Дополнить пункт 8 статьи 84 проекта Кодекса подпунктом 8.21, изложив подпункты 8.20-8.21 следующим образом:

«8.20. адвоката при выполнении поручения об оказании правовой помощи;

8.21. в иных случаях, установленных законодательными актами».

Обоснованный профессиональный риск, халатность и медицинская ошибка

Проект Кодекса не предусматривает гарантий медицинских работников в случае наступления тяжких последствий при добросовестном оказании медицинской помощи.

На практике широко распространены случаи, когда в отсутствие разработанных клинических протоколов (или при наличии устаревших протоколов) медицинский работник принимает решение об оказании помощи, исходя из сложившейся практики лечения или научно-обоснованных методик. При наступлении тяжких последствий такие действия (бездействие) медицинского работника квалифицируются как преступление по статье 162 Уголовного кодекса (ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником). Однако никоим образом не разграничиваются ситуации, когда (а) имеет место грубое нарушение предписаний («халатность») и (б) когда лицо осознает возможность наступления неблагоприятных последствий и обоснованно рассчитывает на их предотвращение, но допускает ошибку («медицинская ошибка»).

Включение в Кодекс категорий «медицинская ошибка» и «халатность» будет способствовать более справедливому подходу в квалификации действий (бездействия) медицинского работника и уменьшит неоправданные профессиональные риски.

Предложение:

Статью 88 Кодекса изложить в следующей редакции:

«Статья 88. Ответственность медицинского работника.

1. Медицинские работники несут ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством.

2. Халатность, приведшая к тяжким последствиям для жизни и здоровья пациента, влечет ответственность, предусмотренную уголовным законом.

3. Установленная уполномоченным органом медицинская ошибка, повлекшая осложнение, не является уголовно наказуемым деянием, однако может повлечь дисциплинарную и (или) гражданскую ответственность для медицинского работника, ее допустившего.

4. Действия (бездействие) медицинского работника по оказанию помощи пациенту в отсутствие предписаний клинических протоколов не являются ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей, если они основаны на общепринятой медицинской практике и (или) научно-обоснованных подходах.

5. Не являются уголовно наказуемыми действия или бездействие медицинского работника, повлекшие тяжкие последствия для жизни и здоровья пациента, если таковые были совершены в условиях обоснованного риска для достижения целей оказания медицинской помощи.

6. Риск признается обоснованным, если действие или бездействие медицинского работника соответствует современным научно-техническим знаниям и опыту, а поставленная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, обоснованно рассчитывало, что предприняло все возможные меры для предотвращения тяжких последствий для жизни и здоровья пациента.

7. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой экологической катастрофы, общественного бедствия, наступления смерти или причинения тяжкого телесного повреждения лицу, не выразившему согласия на то, чтобы его жизнь или здоровье были поставлены в опасность, за исключением случаев, когда по объективным причинам получение такого согласия являлось невозможным».

Пункт 1 статьи 1 Кодекса дополнить следующими определениями:

«1.23¹. медицинская ошибка – действия (бездействие) медицинского работника, совершенные в результате добросовестного заблуждения, выразившиеся в ошибочной постановке диагноза, назначении лечения, минимизации рисков и предотвращении инвалидизации, при отсутствии признаков халатности;»

«1.42¹. осложнение – неблагоприятное изменение состояния пациента, связанное с развитием новых симптомов, ухудшением уже существующих симптомов или возникновением нового патологического процесса, возникающее на фоне заболевания, его лечения или в результате медицинского вмешательства;»

«1.55¹. халатность – грубое нарушение общепринятых норм, правил и практики оказания медицинской помощи, необоснованное несоблюдение рекомендаций и клинических протоколов, грубое нарушение должностных

обязанностей, а также оказание помощи в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;»

Обязанность предоставления полной информации о лекарственных препаратах

Статьей 89 проекта Кодекса предусмотрена обязанность медицинских и фармацевтических работников предоставлять пациентам **полную** информацию о лекарственных препаратах, медицинских изделиях, биомедицинских клеточных продуктах (в формулировке «не допускается предоставление неполной информации»). Это требование распространяется не только на врачей, но также и на фельдшеров, медсестер, акушеров и других медицинских работников.

Действующими Законами «О здравоохранении» и «Об обращении лекарственных средств» обязанности предоставлять «полную» информацию не установлено.

Формулировка «полная информация» создает риски привлечения медицинских работников по формальному основанию к дисциплинарной, гражданской, административной и уголовной ответственности, поскольку объективные критерии для измерения «полноты информации» отсутствуют. Полагаем, медицинский работник должен сообщать пациенту информацию в разумном количестве, чтобы исключить использование препаратов, продуктов и изделий при наличии противопоказаний и предупреждать о наиболее вероятных последствиях. Урегулировать объем информации, который должен сообщить пациенту медицинский работник, представляется невозможным, в связи с чем необходимо предоставить вопрос объема предоставления информации на усмотрение медицинского работника, исходя из принципа разумности и добросовестности.

Предложение:

Изложить подпункт 2.3 пункта 2 статьи 89 проекта Кодекса в следующей редакции:

«[2. Медицинскими и фармацевтическими работниками не допускаются:...]

2.3. предоставление пациентам недостоверной информации о лекарственных препаратах, медицинских изделиях, биомедицинских клеточных продуктах;»

Право индивидуальных предпринимателей осуществлять фармацевтическую деятельность

Согласно проекту Кодекса индивидуальные предприниматели будут лишены права осуществлять фармацевтическую деятельность. Это следует из

пункта 3 статьи 78 проекта Кодекса, которое предусматривает осуществление такой деятельности только юридическими лицами.

На сегодняшний день подобных ограничений не существует (см. например часть 2 статьи 11 Закона «О здравоохранении»: *«Индивидуальные предприниматели осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством»*). Какой-либо необходимости введения таких ограничений не усматривается, и в публичном поле разработчики проекта Кодекса их не представили (в том числе в пояснительной записке).

В связи с этим данное ограничение представляется необоснованным, направленным на целенаправленное создание благоприятных условий для крупных фармацевтических компаний и ограничение малого бизнеса, и в Кодекс включаться не должно.

Предложение:

Дополнить пункт 3 статьи 78 проекта Кодекса:

«Фармацевтическая деятельность осуществляется **индивидуальными предпринимателями и** юридическими лицами независимо от формы собственности в порядке, установленном законодательством».

Внести соответствующие изменения в другие релевантные нормы проекта Кодекса.

Определение аптеки

В проекте Кодекса предлагается новое определение аптеки: теперь это структурное подразделение организации здравоохранения (см. перечень определений к Главе 21 проекта Кодекса).

В действующем в настоящее время Законе «Об обращении лекарственных средств» аптека определяется как «комплекс специализированных помещений (специализированного помещения) и оборудования, [...] принадлежащий на праве собственности или на ином законном основании юридическому лицу Республики Беларусь, индивидуальному предпринимателю, зарегистрированному в Республике Беларусь [...]».

Новое определение, очевидно, связано с лишением индивидуальных предпринимателей права осуществлять фармацевтическую деятельность. Кроме того, в этом усматривается намерение ограничить возможности малого бизнеса в пользу крупных компаний, поскольку статус структурного подразделения юридического лица усложняет административное управление и ответственность.

Предложение:

Исключить из проекта Кодекса указание на то, что аптека – это «структурное подразделение организации здравоохранения или фармацевтической организации».

Заменить предложенное в проекте определение ныне действующим определением: «аптека – комплекс специализированных помещений (специализированного помещения) и оборудования, предназначенный для аптечного изготовления, реализации, отпуска лекарственных препаратов, медицинских изделий и других товаров аптечного ассортимента и принадлежащий на праве собственности или на ином законном основании юридическому лицу Республики Беларусь, индивидуальному предпринимателю, зарегистрированному в Республике Беларусь, иностранному юридическому лицу, иностранной организации, созданным в соответствии с законодательством иностранных государств, при наличии открытого в установленном порядке представительства на территории Республики Беларусь (далее, если не установлено иное, - юридические лица и индивидуальные предприниматели), имеющим лицензию на осуществление фармацевтической деятельности».

Изменение и коррекция половой принадлежности

Статья 103 проекта Кодекса по-новому регулирует вопросы изменения и коррекции половой принадлежности.

Изменение и коррекция половой принадлежности допускаются только:

- при достижении пациентом возраста 22 лет;
- не состоящим в браке;
- не имеющим детей.

В действующем законодательстве двух последних ограничений вообще не установлено, а ограничение по возрасту составляет 18 лет (совершеннолетие).

Считаем, что предложенное в проекте Кодекса возрастное ограничение является необоснованным, поскольку направлено лишь на отложение во времени проведения соответствующих процедур, что может отрицательно сказываться на пациентах. Наличие или отсутствие детей или брачные отношения не должны влиять на возможность изменения и коррекции половой принадлежности. Введение таких ограничений является прямым посягательством на частную и семейную жизнь пациента.

Пункт 2 статьи 103 устанавливает, что *«законные представители несовершеннолетнего в целях создания необходимых условий для полноценного развития, воспитания, образования, укрепления здоровья ребенка, формирования института семьи и брачно-семейных отношений и*

подготовки его к самостоятельной жизни в семье и обществе не вправе изменять и корректировать свою половую принадлежность». Это фактически повторяет одно из вышеприведенных ограничений (наличие детей), а кроме того, расширяет круг лиц, которым запрещены изменение или коррекция половой принадлежности: законными представителями могут быть не только родители. По вышеприведенным основаниям пункт второй статьи также считаем неправомерным.

Предложение:

Изложить статью 103 проекта Кодекса в следующей редакции (соответствующей действующему законодательству):

«Статья 103. Изменение и коррекция половой принадлежности.

Изменение и коррекция половой принадлежности проводятся в организациях здравоохранения по желанию совершеннолетнего пациента при наличии медицинских показаний на основании решений Межведомственной комиссии по медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола при Министерстве здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения».

Стерилизация

Положения о стерилизации в проекте Кодекса содержатся в статье 119 и повторяют нормы действующего законодательства. В статье 119 в том числе закреплено, что проведение стерилизации невозможно в негосударственных организациях здравоохранения. Правовых оснований, допускающих привилегии для организаций государственной формы собственности или ограничения для частных по вопросам оказания медицинских услуг, не имеется. Лишение частных организаций здравоохранения возможности проводить стерилизацию неконституционно, и данное ограничение может негативно влиять на доступность и качество медицинских услуг. В этой связи считаем, что проведение стерилизации в медицинских организациях частной формы собственности должно быть разрешено.

Предложение:

Исключить из пункта 1 статьи 119 проекта Кодекса слово «государственных», изложив данную норму в следующей редакции:

«Статья 119. Стерилизация.

1. Стерилизация (лишение способности к воспроизводству потомства) проводится в организациях здравоохранения по письменному заявлению пациента в возрасте старше тридцати пяти лет или пациента, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и письменного согласия совершеннолетнего пациента или лиц, указанных в подпункте 1.11 пункта 1 статьи 1 настоящего Кодекса, – независимо от возраста и наличия детей».

Искусственное прерывание беременности

Вопросы искусственного прерывания беременности урегулированы статьей 120 проекта Кодекса, содержащей нормы, позволяющие прийти к следующим выводам.

1) Предабортное психологическое консультирование является обязательным. Это следует из формулировки пункта 2 статьи 120 проекта Кодекса: *«В организациях здравоохранения **должны** быть созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности».*

Полагаем, что предабортное психологическое консультирование не должно быть обязательным, поскольку это противоречит части 1 статьи 120 проекта Кодекса (женщине предоставляется право **самостоятельно** решать вопрос о материнстве). Не отрицая важности предабортных психологических консультаций и соглашаясь с нормами о необходимости обеспечения такой возможности, обязательность консультирования может причинять нравственные страдания женщине, твердо принявшей решение об аборте (к примеру, в ситуации беременности в результате изнасилования). Также имеются опасения, что при применении данной нормы будут допущены злоупотребления, направленные на склонение женщины к отказу от искусственного прерывания беременности.

В этой связи, считаем необходимым закрепить добровольность предабортных консультаций, как для женщины, так и для определенных ею лиц.

2) Искусственное прерывание беременности допускается лишь в государственных организациях здравоохранения.

Правовых оснований, допускающих привилегии для организаций государственной формы собственности в сравнении с частными по вопросам оказания медицинских услуг, не имеется. Лишение частных организаций здравоохранения возможности проводить стерилизацию неконституционно, и данное ограничение может негативно влиять на доступность и качество медицинских услуг. В этой связи считаем, проведение абортов в медицинских организациях частной формы собственности должно быть разрешено.

3) Женщина, лишенная родительских прав в отношении ребенка (детей), может совершить аборт на сроке до 22 недель, в то время как общий срок, применяемый в других случаях, составляет 12 недель.

Полагаем, что предоставление больших возможностей по искусственному прерыванию беременности для данной категории женщин является необоснованным. То обстоятельство, что женщина лишена родительских прав в отношении ребенка, не должно влиять на вопросы прерывания беременности. Право женщины решать вопрос о рождении ребенка и обязанности родителя в отношении детей (уход и воспитание

ребенка) – это две не тождественные группы правоотношений. Если имел место факт невыполнения родительских обязанностей в отношении одного ребенка (детей), это не приводит закономерно к невыполнению обязанностей к будущему ребенку.

С другой стороны, прерывание беременности на сроках свыше 12 недель сопряжено с повышенными рисками для здоровья женщины, а следовательно, женщины, лишённые родительских прав, подвергаются большей опасности, в сравнении с другими категориями женщин, что является дискриминационным положением.

В этой связи, считаем необходимым исключить «наличие решения суда о лишении родительских прав» из социальных показаний для искусственного прерывания беременности.

4) Существует пробел, позволяющий отложить искусственное прерывание беременности.

На практике искусственное прерывание беременности зачастую откладывается организацией здравоохранения, а в период до операции привлекаются священнослужители для проведения с женщинами бесед, в ходе которых женщин склоняют к отказу от проведения аборта. В этой связи полагаем целесообразным предусмотреть норму, пресекающую возможность отложить операцию по мотивам, не связанным с медицинскими показаниями.

5) Отсутствует возможность заранее определить лицо, принимающей решение об аборте, в случае, если женщина утратит возможность принятия осознанного решения.

Норма проекта Кодекса сформулирована таким образом, что преимущественное право в указанной ситуации принадлежит супругу, а затем родителям (усыновителям/удочерителям), опекунам, попечителям. Вместе с тем, не во всех случаях супруги и законные представители будут действовать в интересах женщины, а законные представители – в равной степени принимать осознанные решения. В этой связи считаем, что следует предусмотреть возможность женщинам заранее (на этапе обращения в организации здравоохранения в связи с беременностью) определять лиц, которым они доверяют принятие решения об аборте в экстренных случаях.

Предложение:

Изложить статью 120 Кодекса изложить в следующей редакции:

«Статья 120. Искусственное прерывание беременности.

1. Женщине предоставляется право самостоятельно решать вопрос о материнстве. **Искусственное прерывание беременности проводится без необоснованной задержки в кратчайшие сроки после волеизъявления женщины и не может быть отложено по основаниям, не связанным с медицинскими показаниями.**

2. В организациях здравоохранения должны быть созданы условия для проведения **добровольного** преабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности. **Женщина, обратившаяся за проведением искусственного прерывания беременности, вправе отказаться от проведения преабортного психологического консультирования, дать согласие на его проведение и по желанию определить членов семьи, которым предлагается проведение преабортного психологического консультирования.** Преабортное психологическое консультирование проводится с соблюдением требований законодательства в сфере оказания психологической помощи.

3. По желанию женщины в организациях здравоохранения после консультации с врачом-специалистом, а в отношении несовершеннолетней, также при наличии письменного согласия ее законного представителя, может быть проведено искусственное прерывание беременности (аборт) при сроке беременности не более 12 недель.

4. При наличии медицинских показаний и согласия женщины, а в отношении несовершеннолетней также при наличии письменного согласия ее законного представителя, искусственное прерывание беременности проводится в сроке беременности до 22 недель в организациях здравоохранения. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности устанавливается Министерством здравоохранения.

5. Искусственное прерывание беременности у женщины, признанной в установленном порядке недееспособной, проводится в организациях здравоохранения независимо от срока беременности при наличии медицинских показаний с письменного согласия ее опекуна.

6. Искусственное прерывание беременности у женщины, не способной по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, проводится при наличии медицинских показаний **с письменного согласия лица, заранее определяемого женщиной при обращении в организацию здравоохранения, а при отсутствии такового – с письменного согласия супруга либо лиц, указанных в подпункте 1.11 пункта 1 статьи 1 настоящего Кодекса, если супруг отсутствует.**

7. В исключительных случаях при наличии медицинских показаний, не указанных в перечне медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при которых продолжение беременности и роды представляют угрозу для жизни женщины или могут причинить вред ее здоровью, вопрос об искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям решает врачебно-консультационная комиссия организации здравоохранения, с участием врача-специалиста по профилю заболевания, являющегося показанием для прерывания беременности.

8. С согласия женщины, беременность которой наступила в результате изнасилования, проведение искусственного прерывания беременности

допускается при сроке беременности не более 22 недель в организациях здравоохранения.

9. Врач-специалист имеет право отказаться от проведения искусственного прерывания беременности, письменно уведомив об этом руководителя организации здравоохранения, если отказ непосредственно не угрожает жизни и (или) здоровью женщины. После получения письменного уведомления врача-специалиста руководитель организации здравоохранения должен организовать женщине проведение искусственного прерывания беременности другим врачом-специалистом».

Обязательная отработка после прохождения интернатуры и подготовки в клинической ординатуре

В проект Кодекса включены нормы о прохождении интернатуры и подготовки в клинической ординатуре, в том числе – требования обязательной отработки их прохождения (отработка после получения высшего образования регулируется Кодексом об образовании).

Статьей 47 проекта Кодекса предусматривается обязательная отработка после прохождения интернатуры, распространяющаяся практически на все категории лиц, которые допускаются в интернатуру (включая тех, кто получал высшее образование за счет собственных средств). То есть прохождение интернатуры становится самостоятельным основанием для отработки. Ее срок составляет не менее двух лет (статья 47 проекта Кодекса). Освобождаются только те, кто получил высшее образование за счет средств бюджета, но не работал по распределению и возместил в бюджет расходы. Для тех, кто после получения высшего образования был распределен (направлен) на работу, но сразу же стал проходить интернатуру, новой обязанности отработать не возникает, но отработка после ВУЗа сохраняется.

В случае, если обязательный срок не отработан, возникает обязанность возместить расходы, затраченные на организационно-методическое обеспечение интернатуры и проведение квалификационного экзамена с применением коэффициента 5 к расчетной сумме (статья 53 проекта Кодекса).

Нормы об отработке после клинической ординатуры повторяют действующее законодательство. Срок отработки составляет не менее пяти лет (статья 63 проекта Кодекса), а возмещение средств происходит с применением коэффициента 2,5 к расчетной сумме (статья 64 проекта Кодекса).

Существование в законодательстве требования об обязательной отработке и последствий за отказ от нее (возмещение расходов) неоднократно критиковалось с различных сторон. Такая отработка по своей сути является формой принудительного труда, поэтому любые нормы, ее регулирующие, должны быть отменены.

Предложение:

Исключить из проекта Кодекса нормы об обязательной отработке после прохождения интернатуры и подготовки в клинической ординатуре (пункты 2-3 статьи 47, статьи 53, 63, 64), иные связанные с ними нормы, а также действующие нормативные правовые акты, предусматривающие указанные обязанности и последствия за их неисполнение.

Квалификационные категории

Статья 45 проекта Кодекса предусматривает, что медицинские, фармацевтические работники и иные работники здравоохранения подлежат профессиональной аттестации на присвоение (подтверждение) квалификационной категории. Порядок и условия аттестации и другие связанные с ней вопросы проект Кодекса не определяет, относя это к компетенции Министерства здравоохранения.

В этой части проект Кодекса повторяет уже существующие на данный момент положения законодательства, в частности, Инструкции о порядке и условиях проведения профессиональной аттестации медицинских, фармацевтических и иных работников здравоохранения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения от 28.05.2021 № 70). Представляется, что от указанных положений в настоящее время следует отказаться.

С точки зрения прав пациентов, квалификационные категории не представляются необходимыми. Само по себе наличие той или иной категории не сообщает пациенту всей необходимой информации, позволяющей выбрать врача для получения медицинской помощи. Для пациента такой информацией является стаж работы, профессиональный опыт (например, количество проведенных операций), наличие ученой степени, полученное образование и повышение квалификации и другие обстоятельства.

При этом требование иметь определенную квалификационную категорию может становиться необоснованным препятствием (или умышленно использоваться в качестве такового) для занятия врачами определенных должностей, лицензирования организаций здравоохранения и использоваться как инструмент манипулирования.

Предложение:

Исключить из проекта Кодекса статью 45, исключить или изменить иные нормы, связанные с профессиональной аттестацией медицинских, фармацевтических работников и иных работников здравоохранения, присвоением или наличием квалификационных категорий (подпункт 5.5 пункта 5 статьи 18, подпункт 7.9 пункта 7 статьи 59, абзац 4 статьи 87, пункт 5 статьи 142).

Возмещение вреда, причиненного государством

Абзацем 4 статьи 258 проекта Кодекса предусматривается следующее: *«Граждане Республики Беларусь в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения имеют право на ... возмещение вреда, причиненного их жизни и здоровью, а также убытков, причиненных их имуществу в результате нарушения организациями и физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».*

Данная норма предусматривает право граждан на возмещение вреда и убытков в результате нарушения санитарно-эпидемиологического благополучия населения **лишь следующими субъектами: 1) организациями, 2) физическими лицами** (в том числе **индивидуальными предпринимателями**). Государственные органы, органы местного управления и самоуправления и должностные лица таких органов в статье не названы, что представляется упущением, поскольку государство (административно-территориальные единицы) является безусловным субъектом в правоотношениях, возникающих в связи с возмещением вреда и убытками. Это следует из иных норм действующего законодательства:

– Статья 15 Гражданского кодекса Республики Беларусь «Возмещение убытков, причиненных государственными органами, органами местного управления и самоуправления»:

«Убытки, причиненные гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов или должностных лиц этих органов, органов местного управления и самоуправления или должностных лиц этих органов, в том числе издания не соответствующего законодательству акта государственного органа или органа местного управления и самоуправления, подлежат возмещению Республикой Беларусь или соответствующей административно-территориальной единицей в порядке, предусмотренном законодательством».

– Статья 938 Гражданского кодекса Республики Беларусь «Ответственность за вред, причиненный государственными органами, органами местного управления и самоуправления, а также их должностными лицами»:

«Вред, причиненный гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного управления и самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания не соответствующего законодательству акта государственного органа или органа местного управления и самоуправления, подлежит возмещению. Вред возмещается соответственно за счет казны Республики Беларусь или казны административно-территориальной единицы».

Таким образом, представляется необходимым внести в статью 258 проекта Кодекса коррективы в части ответственности государства за причинение вреда и убытков.

Аналогичным образом – без указания ответственности государства – сформулированы в проекте Кодекса и иные нормы. В частности, абзац 3 статьи 261 проекта Кодекса также не предусматривает право на возмещение вреда и убытков, причиненных государством: *«Организации и индивидуальные предприниматели в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения имеют право на... возмещение вреда, причиненного в результате нарушения другими организациями и физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения»*. Данная норма также требует корректировки.

Одновременно с этим необходимо внести соответствующие дополнения в перечень прав пациента (пункт 1 статьи 79 проекта Кодекса), в котором в настоящее время отсутствует право на возмещение вреда жизни и здоровью, а также на материальную компенсацию морального вреда, причиненного в результате виновных действий работников здравоохранения и других ситуациях.

Предложение:

Абзац 4 статьи 258 проекта Кодекса изложить в следующей редакции:

«возмещение вреда, причиненного их жизни и здоровью, а также убытков, причиненных их имуществу в результате нарушения законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения организациями, физическими лицами (в том числе индивидуальными предпринимателями), государственными органами, органами местного управления и самоуправления либо должностными лицами этих органов».

Абзац 3 статьи 261 проекта Кодекса изложить в следующей редакции:

«возмещение вреда и убытков, причиненных в результате нарушения законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения другими организациями, физическими лицами (в том числе индивидуальными предпринимателями), государственными органами, органами местного управления и самоуправления либо должностными лицами этих органов».

Дополнить пункт 1 статьи 79 проекта Кодекса подпунктом 1.15, изложив подпункты 1.14-1.15 следующим образом:

«[1.Пациент имеет право на: ...]

1.14. возмещение вреда жизни или здоровью, а также материальную компенсацию морального вреда, причиненного в результате неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи;

1.15. реализацию иных прав в соответствии с настоящим Кодексом и иными актами законодательства».

Использование терминов «инвалид», «ребенок-инвалид»

В международной практике употребление термина «инвалид» считается некорректным, поскольку его применение способствует социальной стигматизации и иным неблагоприятным проявлениям. Наиболее правильным и соответствующим международным стандартам является понятие «человек / люди с инвалидностью».

Предложение:

Произвести замену терминов «инвалид», «инвалиды», «ребенок-инвалид» на «человек с инвалидностью», «люди с инвалидностью», «ребенок с инвалидностью» – в следующих норма проекта Кодекса: статья 3; подпункт 4.6 пункта 4 статьи 44; пункты 3-5 статьи 91; пункты 2, 5 статьи 104; пункты 4-6, 9, 17-20, 22-23 статьи 107; подпункт 1.5 пункта 1 статьи 144.

Определение психического здоровья

Определение психического здоровья, изложенное в Главе 17 проекта Кодекса, представляется не вполне соответствующим актуальным научным взглядам. В частности, спорным является утверждение, что психическое здоровье отражает *«полное духовное благополучие»*, поскольку содержит религиозную коннотацию и апеллирует к оценочным, трудноизмеримым категориям.

Предложение:

Изложить определение “психическое здоровье”, содержащееся в Главе 17 проекта Кодекса, в следующей редакции:

«психическое здоровье – состояние психического благополучия, заключающееся в эмоциональном комфорте, психологической устойчивости и когнитивном здоровье, при котором человек способен наиболее эффективно справляться со стрессовыми нагрузками, результативно работать и учиться, участвовать в общественной жизни. Психическое здоровье не сводится только к отсутствию психических заболеваний или расстройств и включает в себя способность человека адаптироваться, поддерживать позитивный внутренний баланс, справляться со стрессовыми нагрузками без устойчивых негативных изменений структуры личности».