Частное образовательное учреждение высшего образования
Центросоюза Российской Федерации

СИБИРСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ КООПЕРАЦИИ

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА

Кафедра гражданского права и процесса

Работа допускается к защите
Заведующий кафедрой
к
.ю.н, доцент
–
_____О. А. Липич
(подпись)
«____» _____ 2019 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему «АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА»

Обучающегося заочной формы обучения
юридического факультета
МРОЗОВА Татьяна Владимировна,
Шифр ЮСП- ЗП – 02 – 17 - 039
Специальность:
40.02.01 Право и организация социального обеспечения
Руководитель – старший преподаватель КГПиП
ЛЕВЧЕНКО Ольга Юрьвна

Чита
2019

Дата защиты _____

Оценка после защиты_____

Протокол заседания ГЭК №_____

Секретарь ГЭК _____

(подпись)(ФИО)

Текст выпускной квалификационной работы

на 28 страницах

Приложение на 13 листах

_____

(подпись обучающегося) *(дата)*

_____

(подпись руководителя)(дата)

Частное образовательное учреждение высшего образования

Центросоюза Российской Федерации

СИБИРСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ КООПЕРАЦИИ

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА

Кафедра гражданского права и процесса

Заведующий кафедрой

_____

(подпись) (Фамилия И.О.)

«____» _____20__г.

ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу обучающегося __3__ курса

_____заочной_____ _____ формы обучения

(очной, очно-заочной, заочной)

_____юридический_____ факультета

_____Морозова Татьяна Владимировна_____

(Фамилия Имя Отчество)

шифр (группа шифр (группа)___ ЮСП- ЗП – 02 – 17 - 039 (ЗЮСП-71)___

Специальность: 40.02.01 Право и организация социального обеспечения

(код, наименование)

1. Тема выпускной квалификационной работы АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

утверждена приказом ректора от «____»_____ 20___г., № _____

2. Срок сдачи обучающимся выполненной работы на кафедру для защиты _____

3. Перечень подлежащих разработке вопросов и общее направление работы

_____(
указать узловые вопросы плана и конечную цель работы)

_____

_____

_____

4. Контрольный график выполнения отдельных этапов и разделов выпускной квалификационной работы:

- изучение литературных источников, разработка уточненного развернутого плана, определение целевой функции сбора фактического материала _____

_____

_____

- разработка и написание вводной части работы _____
- разработка и написание теоретической части работы_____
- разработка и написание практической части работы_____
- разработка и написание остальных разделов: заключения, приложений и библиографического списка _____
- сдача работы руководителю _____

5. Объём выпускной квалификационной работы _____

6. Рекомендуемые места прохождения преддипломной практики и сбора фактического
материала_____

_____

_____

7. Консультанты по смежным вопросам выпускной квалификационной работы

_____

(указать Фамилию И.О., должность, и по каким вопросам)

_____

_____

8. Срок предоставления ВКР для проверки в системе «Антиплагиат. ВУЗ»

_____

9. Дата выдачи задания _____

Руководитель

выпускной квалификационной работы_____ _____

(подпись)(Фамилия И.О.)

Задание принял к исполнению_____

(подпись)(Фамилия И.О.)

ОГЛАВЛЕНИЕ

«Анализ правоприменительной практики медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со смертью человека»

Введение.....7

Глава 1 МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА...10

1.1 Момент смерти человека и ее виды. Реанимационные мероприятия.....10

1.2 Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий.....15

1.3 Использование тела, органов и тканей умершего человека.....22

Глава 2 ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА.....25

Заключение.....34

Библиографический список.....36

Приложения

Введение

Почему я выбрала тему «Анализ правоприменительной практики проведения медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со смертью человека»? Наверное потому, что в настоящее время она менее изучена. Да и кому хочется с этой проблемой связываться, ведь все, более или менее, важные аспекты четко регулируются законодательством. Для себя, я считаю, эту тему наиболее актуальной, так как, напрямую или косвенно каждый человек сталкивается со смертью человека. А в наш, так сказать век урбанизации, это самое главное.

Проблемы смерти выделены в отдельную отрасль медицины — танатологию, названную так в честь древнегреческого мифического бога смерти Танатоса.

Под танатологией понимается раздел теоретической и практической медицины, изучающий состояние организма в конечной стадии патологического процесса, динамику и механизмы умирания, непосредственные причины смерти, клинические, биохимические и морфологические проявления постепенного прекращения жизнедеятельности организма[1].

Правоотношения, возникающие в связи со смертью человека, — это существующая на основе норм права индивидуализированная общественная связь между юридическими или физическими лицами, их организациями, объединениями, характеризуемая наличием субъективных юридических прав и обязанностей, поддерживаемая (гарантируемая) принудительной силой

[1] Демичев А. В. Дискурсы смерти: введение в философскую танатологию. СПб., 1997; Волков В. Н.,Датий А. В. Судебная медицина. М., 2000. С. 3—5; Пи- голкин Ю. И., Попов В. Л., Дубровин И. А. Судебная медицина: учебник. М., 2011. С. 11.

государства, возникающая в результате юридической фиксации прекращения жизнедеятельности человека[2].

В середине XX в. в связи с достижениями медицинской науки и техники, появлением возможностей врачебного вмешательства в процессы смерти (реаниматология) танатология стала расширять свои границы.

С развитием реаниматологии процесс смерти стал не «одномоментным актом», а процессом, имеющим свои стадии, в связи с чем возникла и потребность в адекватной правовой регламентации этих общественных отношений.

Для написание данной работы преследовалась цель изучения и анализ медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со смертью человека не только в теории, но и на практике.

Основными задачами было:

- разобрать понятие и виды смерти человека;

- разобраться в работе определенных специалистов, а так же с их документацией;

- ознакомится, на примере Государственной организации здравоохранения «Калганской центральной районной больнице», с практическими применениями законодательства по данной теме.

Что можно сказать про объект исследования? Им было выбрано медицинское учреждение, которое осуществляет предмет исследование, а это непосредственное применение правоприменительной практики связанной со смертью человека. Так как в нашем государстве не все медицинские учреждения могут похвастаться такой возможностью. Это, в большей степени, зависит от нехватки специалистов в данной области, но и не все соглашаются работать в глубинках или в населенных пунктах.

[2] Лапшин В. Е. Смерть как правовое явление: автореф. дис. … канд. юрид. наук. Владимир, 2005. С. 5.

ГЛАВА 1.МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

1.1Момент смерти человека и ее виды. Реанимационные мероприятия

Процесс перехода от жизни к смерти не является одномоментным. Лишь при серьезных травмах и повреждениях без оказания надлежащей медицинской помощи он занимает всего несколько секунд[3].

Под смертью человека понимается необходимая гибель организма человека как единого целого.[4]

Таким образом в процессе умирания делится на несколько видов:

- агония;

- клиническая смерть;

- смерть (или гибель) мозга;

- биологическая смерть.

Ну а теперь рассмотрим каждый вид по отдельности.

Агония – последняя стадия умирания, характеризуется прогрессивным угасанием внешних признаков жизнедеятельности организма (сознания, кровообращения, дыхания, двигательной активности).

В этой стадии, на короткое время, может повышаться артериальное давление, учащаться сердцебиение. Иногда, на несколько секунд человек может прийти в сознание.

Во время агонии при некоторых патологических процессов и состояниях, иногда, удается спасти пациента (при асфиксии, кровопотере, шоке).

Клиническая смерть – состояние организма, характеризующееся отсутствием внешних признаков жизни (сердечной деятельности, дыхания).

---

[3] Шупик Ю. П. О способности к действиям при смертельных повреждениях // Судебно-медицинская экспертиза. 1958. № 4. С. 53—54; Сирота С. Ф.О способности к действиям при смертельных повреждениях // Судебно-медицинская экспертиза. 1959. № 2. С. 52—53; Загрядская А. П., Джемс-Леви Д. Е. Судебно-медицинская оценка способности к активным действиям при смертельных механических повреждениях. Методические рекомендации. Горький, 1978.

[4] Глава 8 статья 66 ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

При клинической смерти патологические изменения во всех органах и системах несут полностью обратимый характер.

Клиническая смерть характеризуется быстрым угнетением всех функций организма (особенно нервная система).

Клиническая смерть в зависимости от ее причины продолжается 5 – 10 минут. После этого полноценное восстановление жизненных функций организма (прежде всего головного мозга) – невозможно.

Смерть мозга проявляется развитием необратимых изменений в головном мозге, а в других органах и системах – частично или полностью обратимых.

Смерть мозга человека возникает в результате его первичного или вторичного повреждения.

Смерть мозга человека в результате его первичного повреждения развивается вследствие его прямого повреждения, в том числе при черепно-мозговой травме, внутричерепных кровоизлияниях, инфарктах мозга, опухолях мозга, закрытой острой гидроцефалии, внутричерепных оперативных вмешательствах.

Вторичное повреждение мозга человека возникает в результате его опосредованного повреждения при гипоксии различного генеза, в том числе при прекращении или ухудшении системного кровообращения.

Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет[5].

[5] Приказом Министерства здравоохранения РФ от 25 декабря 2014 г. N 908н, см. также Приказ Минздрава РФ от 4 марта 2003 г. N 73 «Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий».

Смерть мозга устанавливается на основании комплекса клинических критериев, наличие которых является обязательным для вынесения данного диагноза (полное и устойчивое отсутствие сознания, атония всех мышц, отсутствие реакции на сильные болевые раздражения, отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет, отсутствие самостоятельного дыхания и др.), а также дополнительных (подтверждающих) тестов (электроэнцефалографическое исследование мозга, панангиография)[6] [7].

Смерть мозга в настоящее время стала эквивалентна биологической смерти (необратимой гибели человека)[8].

После констатации факта смерти (смерти мозга) в установленном законом порядке у трупа могут быть изъяты органы и ткани для трансплантации.

Изъятие органов и тканей для трансплантации у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица (в установленных законом случаях) заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации [ч. 10 ст. 47 ФЗ «Об основах охраны здоровья»].

Биологическая смерть выражается посмертными изменениями во всех органах и системах, которые носят постоянный, необратимый и трупный характер.

Посмертные изменения имеют:

а) функциональные признаки:

— отсутствие сознания;

---

[6] Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

[7] Приказ Минздрава России от 20 декабря 2001 г. № 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга».

[8] п. 2 Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, утвержденных постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950.

— отсутствие дыхания, пульса, артериального давления;

— отсутствие рефлекторных ответов на все виды раздражителей;

б) инструментальные признаки:

— электроэнцефалографические;

— ангиографические;

в) биологические признаки:

— максимальное расширение зрачков;

— бледность и/или цианоз, и/или мраморность (пятнистость) кожных покровов;

— снижение температуры тела;

г) трупные изменения:

— ранние признаки;

— поздние признаки.

Биологическая смерть устанавливается на основании наличия трупных изменений (ранние признаки, поздние признаки).

К ранним трупным изменениям относят: охлаждение трупа, трупные пятна, мышечное окоченение, высыхание и др.

К поздним трупным изменениям относят: гниение, мумификацию, жировоск и др.

Констатация биологической смерти человека оформляется в виде протокола установления смерти человека[9] (Приложение 1).

[9] Постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. N 950.

Определение момента смерти человека оказывает решающее значение для определения дальнейшей тактики медицинских работников[10] [11] .

В соответствии с действующим законодательством реанимационные мероприятия не проводятся:

— при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

— при наличии признаков биологической смерти человека.

Реанимационные мероприятия прекращаются:

— при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

— при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

— при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

После смерти человека в целях получения данных о причине его смерти, диагнозе заболевания и разрешения иных вопросов, как правило, проводится вскрытие трупа.

[10] Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».
[11] Романовский Г. Б. Правовое регулирование определения момента смерти человека // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 1. С. 34—47.

1.2Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий

Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется статьей 67 ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также Приказом Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».

Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачом соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания[12].

Патолого-анатомическое вскрытие осуществляется путем посмертного патолого-анатомического исследования внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов.

В соответствии с Порядком, указанным в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий», патолого-анатомические вскрытия проводятся в патолого-анатомических бюро или патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии.

Вскрытие трупа является обязательным в следующих случаях:

1) при подозрении на насильственную смерть;

2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

[12] Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”».

3) оказании умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрении на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

6) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до 28 дней жизни включительно;

б) рождении мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования.

В остальных случаях при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, вскрытие может не производиться.

Направление тел умерших, а также мертворожденных, на патолого-анатомическое вскрытие осуществляется после констатации биологической

смерти человека медицинским работником медицинской организации или выездной бригады скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правилами определения момента смерти человека, в том числе критериями и процедурой установления смерти человека, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. N 950[13].

Если смерть наступила в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, направление на патолого-анатомическое вскрытие тела организует заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, а в случае его отсутствия — дежурный врач.

Если смерть наступила вне медицинской организации, направление на патолого-анатомическое вскрытие тела организует врач (фельдшер) медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь, либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание территории, где констатирована смерть.

Если лицо на момент смерти находилось в стационарном учреждении социального обслуживания, образовательной организации, в которых созданы условия для проживания обучающихся, и доме ребенка, направление на патолого-анатомическое вскрытие тела организует врач (фельдшер) указанных организаций либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание этих организаций.

При наступлении смерти в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, вне медицинской организации, в стационарном учреждении социального обслуживания или доме ребенка, медицинский работник оформляет и подписывает направление на патолого-анатомическое вскрытие в патолого-анатомическое бюро (отделение), в котором указываются следующие сведения:

[13] Комментарии к статье 67 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»/ сайт by admin.ru

1) наименование организации, врач (фельдшер) которой осуществляет направление тела умершего в патолого-анатомическое бюро (отделение);

2) фамилия, имя, отчество и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода);

3) дата и время наступления смерти (мертворождения).

Патолого-анатомические вскрытия подразделяются на следующие категории сложности:

1) патолого-анатомическое вскрытие первой категории сложности — патолого-анатомическое вскрытие (макроскопическое исследование) без проведения гистологического исследования;

2) патолого-анатомическое вскрытие второй категории сложности — патолого-анатомическое вскрытие плода, мертворожденного или умершего новорожденного, а также патолого-анатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, при отсутствии неопределенности в трактовке механизмов и причины смерти (в том числе при ишемической болезни сердца, ревматических поражениях клапанов сердца вне обострения, инфаркте головного мозга, новообразованиях, подтвержденных гистологически, циррозе печени, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендиците, холецистите, желчнокаменной болезни, аневризме аорты);

3) патолого-анатомическое вскрытие третьей категории сложности — патолого-анатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, а также в случаях смерти после оперативных вмешательств (за отдельными исключениями), когда возникают трудности в трактовке сущности патологического процесса, механизмов и причины смерти, что требует применения дополнительных гистологических и гистохимических окрасок, бактериоскопического, бактериологического, биохимического и других исследований, в том числе при кардиомиопатиях,

перикардитах, миокардитах, эндокардитах, цереброваскулярных заболеваниях, сосудистой недостаточности кишечника, кишечной непроходимости, вирусных гепатитах, пиелонефритах, мочекаменной болезни, обструктивных болезнях легкого, сосудистой недостаточности конечностей, психических и нервных болезнях, алкоголизме, панкреатитах, амилоидозе;

4) патолого-анатомическое вскрытие четвертой категории сложности — патолого-анатомическое вскрытие при комбинированном основном заболевании или полипатии, при наличии дефектов диагностики и лечения, что вызвало трудности в трактовке характера патологического процесса, механизмов и причины смерти, в том числе при интраоперационной или ранней послеоперационной смерти, инфекционных заболеваниях (кроме ВИЧ-инфекции, особо опасных инфекций), заболеваниях беременных, рожениц и родильниц, при гнойно-воспалительных осложнениях, не диагностированных при жизни, сепсисе, болезнях крови и кроветворных органов, ревматических болезнях, заболеваниях спинного мозга, болезнях кожи и костно-мышечной системы, профессиональных заболеваниях, в том числе пневмокониозах, интерстициальных болезнях легких, болезнях эндокринной системы, болезнях накопления;

5) патолого-анатомическое вскрытие пятой категории сложности — патолого-анатомическое вскрытие при неустановленном клиническом диагнозе основного заболевания, когда имеются трудности в трактовке характера патологического процесса и причины смерти или необходимо применение дополнительных иммуногистохимических, молекулярно-биологических, электронно-микроскопических методов исследования, в том числе при новообразованиях неустановленного гистогенеза, особо опасных инфекционных болезнях, ВИЧ-инфекции.

Патолого-анатомическое вскрытие проводится в срок до трех суток после констатации биологической смерти человека.

Не позднее 30 суток после завершения патолого-анатомического вскрытия врач-патологоанатом осуществляет окончательное оформление протокола патолого-анатомического вскрытия (Приложение 2), а также вносит в медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, ме дицинскую карту амбулаторного пациента) патолого-анатомический диа гноз и клинико-патолого-анатомический эпикриз.

После завершения патолого-анатомического вскрытия тело умершего выдается для погребения супругу, близким родственникам (детям, родите лям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), иным родственникам либо законному пре дставителю умершего, а при отсутствии таковых — иному лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего.

Выдача тела умершего по требованию супруга, близких родстве нников, иных родственников, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, не может быть задержана на срок более двух суток с момента установления причины смерти.

Сведения о выдаче тела умершего вносятся в журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших [14] [15].

Вскрытие трупа судебно-медицинским экспертом проводится в соотве тствующем подразделении бюро судебно-медицинской экспертизы[16].

Основаниями для осуществления экспертизы являются определение суда, постановление судьи, дознавателя или следователя.

---

[14] п. 2 ст. 8 Федерального закона «О погребении и похоронном деле».

[15] Форма журнала является приложением 4 к приказу Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

[16] Приказ Минздрава России «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».

Организация и порядок производства таких экспертиз по общему пра вилу осуществляются по административно-территориальному принципу.

Судебно-медицинское исследование трупа проводится врачом — суде бно-медицинским экспертом.

Экспертиза трупа осуществляется с соблюдением требований к порядку организации и проведения экспертизы трупа, установленному уполномоченным органом, а также требований санитарных правил и иных нормативных документов, регулирующих организацию противоэпидемиче ского режима[1718] .

Эксперт, проводивший экспертизу, в день окончания секционного исследования трупа заполняет и подписывает медицинское свидетельство о смерти.

Медицинское свидетельство выдается членам семьи, а при их отсутствии — близким родственникам умершего(ей) или законному предста вителю умершего(ей), а также правоохранительным органам по их требова нию.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия отражается в учетной форме N 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» или в учетной форме N 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»[19]. (Приложение 3)

После завершения патолого-анатомического вскрытия тело умершего выдается для погребения супругу, близким родственникам (детям, родите

[17] Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
[18] «МУ 3.4.2552-09.3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Методические указания», утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.
[19] Приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н; см. также письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 января 2009 г. N 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».

лям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), иным родственникам, либо законному пре дставителю умершего, а при отсутствии таковых — иному лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего. Сведения о выдаче тела умершего вносятся в Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших.

1.3Использование тела, органов и тканей умершего человека

Трансплантация (от лат. transplantare – «пересаживать») - замеще ние поврежденных или отсутствующих тканей или органов собственными тканями либо тканями и органами, взятыми из другого организма. Возможность подобного рода операций волновала умы человечества на протяжении многих столетий. Первые исследования и научные публикации по вопросам трансплантации были произведены еще в середине 19 века. А в 20 веке уже появились первые операции по трансплантации, достигнуты пе рвые успехи. Современная трансплантология, в условиях всестороннего ра звития медицины, получила широкое распространение, однако многие вопросы в этой области и по сей день не нашли своего разрешения.

Трансплантация органов и тканей широко используется в современной медицине. При использовании тела, органов и тканей умершего человека нужно непосредственное согласие на это. Все действия были урегулированы в законодательстве и четко регламентированы.

Так как, в настоящее время, большое количество пациентов нужда ются в пересадке, то и благодаря законодательству они могут получить тот или иной орган или ткань умершего человека.

Но не все так просто. Для того чтобы провести трансплантацию орга нов или тканей нужно согласие умершего человека при жизни. Если этого согласия нет, то его могут дать близкие родственники.

Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в ме дицинских (за исключением использования в целях, предусмотренных ста тьей 47 настоящего Федерального закона), научных и учебных целях в сле дующих случаях:

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

1) при наличии письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования;

2) если тело не востребовано после смерти человека по причине отсутствия его супруга, близких родственников (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, де душки, бабушки), иных родственников, законных представителей или других лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации о погребе нии и похоронном деле[20].

Порядок использования невостребованного тела, а также органов и тканей умершего человека устанавливается Правительством Российской Фе дерации. После стечения максимального срока невостребованное тело, орга ны и ткани умершего человека подлежат погребению в соответствии с за конодательством Российской Федерации «О погребении и похоронном де ле»[2122].

Таким образом, можно сделать вывод по всей главе, что в настоящем законодательстве четко установлены все нюансы связанные с ме дицинскими мероприятиями, осуществляемые в связи со смертью человека. Здесь более полно раскрывается понятие смерти и ее виды, непосредстве

[20] статье 68 ФЗ N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
[21] п. 2 ст.68 ФЗ N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
[22] Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации [электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 г. №323 (с посл. изм. и доп.) [принят ГД ФС РФ 01.11.2011 г.]// официальный интернет-портал правовой информации/ Режим доступа: http:pravo.gov.ru.

нно подкреплены законодательством. Так же было подробно рассмотрены патологоанатомические мероприятия, их стадии и виды.

Как и было сказано, не всегда люди интересуются этим законодательством в обычной жизни. Многие даже не задумываются о том, что произойдет с их телом после смерти, о чем в полной мере указывается в ст. 68 ФЗ N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)».

Глава 2 ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

На основании обобщения практик связанных с реализацией главы 8 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [Далее – Закон «Об основах охраны здоровья»] был проведен анализ.

В соответствии со статьей 66 «Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий» Закона «Об основах

охраны здоровья» одним из основных принципов является достоверное опре деление момента смерти, а так же определение ее вида. Обеспечение точной формулировки смерти человека по определенным признакам. Ана лизируя классификацию правовых фактов по юридической оценке, смерть можно отнести к юридически нейтральным правовым фактам. Кла ссифицируя правовые состояния по времени, смерть стоит отнести к явле ниям постоянным, потому что правовые последствия смерти могут быть не определенными во времени. Принимая во внимание, что правопреемник за меняет в гражданском судопроизводстве умершее лицо, фактически мы получаем норму, в которой обязательность действий для живущего субъекта сравнивается с обязательностью собственных действий для умершего. Ме жду тем повторимся, что по общему правилу смерть представляет собой пра вовое явление одностороннего характера - она создает права и обязанности для определенного круга субъектов права, но кроме самого умершего.

Принцип соблюдения медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со смертью человека выступает юридическая гарантия прав умершего человека и его родственников в сфере здравоохранения. Следует отметить, что, согласно статье 67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» За кона «Об основах охраны здоровья», обеспечивается достоверная информа ция о заболевании умершего человека.

Перечень действий медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со смертью человека содержится в Приказе Минздрава России от 6 июня 2013 г. № 354н.

Данное законодательство вступает в силу только когда последствия медицинской помощи необратимы, в следствии насильственной смерти, от несчастных случаев, и конечно, в случае биологической смерти. Как и сле довало ожидать, все что было перечислено ранее приходится применять только по непосредственному столкновению с ними.

Так как после провидения анализа данного законодательства возника ет ряд проблем, которые возникают после смерти человека, но не всегда е сть вероятность доказать свою правоту. Чаще всего сталкиваются с человече ским фактором, это или не компетентность специалистов, или не желание связываться с судебными разбирательствами.

Как показывает мониторинг данного вопроса, сейчас чаще всего выставляют требования о медицинских ошибках, которые ведут к возмеще нию материального ущерба.

В последние несколько лет серьезно увеличилось количество «ме дицинских дел», в том числе дел в отношении оказания некачественной ме дицинской помощи, оказания небезопасных медицинских услуг, приведших к вреду здоровью или смерти пациента. При этом тенденция увеличения количества рассматриваемых дел просматривается не только в рамках гра жданского судопроизводства, но и уголовного. Анализ судебной практики позволяет сделать вывод о том, что чаще всего после получения диагноза, причины смерти человека, родственники умершего нуждаются в ме дицинских документах, содержащих информацию о том, какого рода лече ние было оказано медицинской организацией.

Например, в деле, рассмотренном Октябрьским районным судом г.Ба рнаула (Решение Октябрьского районного суда г.Барнаула от 04.09.2013 г.), супруг умершей пациентки требовал от главного врача КГБУЗ «Городская больница № ХХ» выдать ему заверенную копию истории болезни умершей в данной больнице супруги, а в деле, рассмотренном Привокзальным ра йонным судом г.Тулы (Решение Привокзального районного суда г.Тулы от 13.05.2014 г.), вдова требовала выдать ей для ознакомления карту стациона рного больного (историю болезни) своего покойного мужа, находившегося на

лечении в терапевтическом отделении больницы УВД Тулоблисполкома и умершего в данной больнице[23].

Судя по изученным правоприменительным актам, судебная практика в подобных случаях формируется вполне единообразная. Суды отказывают родственникам умерших пациентов в предоставлении им сведений, содержащихся в медицинской документации, а также в предоставлении медицинских документов, их копий и выписок из них, мотивируя тем, что сведения, находящиеся в медицинских документах, составляют врачебную тайну, разглашение которой, согласно ч.2 ст.13 Закона «Об основах охраны здоровья», не допускается в том числе после смерти человека. Родственникам (супругу, детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке) либо законному представителю умершего должно быть, в соответствии с ч.5 ст.67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» Закона «Об основах охраны здоровья», выдано только заключение о причине смерти и диагнозе заболевания. Однако, как показал анализ правоприменительной практики, именно получив заключение о причине смерти и диагнозе заболевания, родственник требуют полной картины лечения и подтверждение поставленного диагноза.

Нельзя не согласиться с мнением О.Н. Бобровской о том, что компенсация морального вреда "крайне важна для пострадавшей стороны"[24] и особенную важность такая компенсация приобретает, когда является единственным исковым требованием, например, в случае преждевременной смерти близкого человека. Однако по делам о причинении смерти близким родственникам в компенсации морального вреда судами первой инстанции за период с 2016 по 2018 г. отказывалось в 59% случаев.

---

[23] Капустина М.А. к.ю.н., доцент кафедры теории и истории права государства СПбГУ/ статья «Практика применения законодательства об охране врачебной тайны» от 7.11.2014 г.

[24] Бобровская О.Н. Проблемы компенсации морального вреда в связи с оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества // Медицинское право: теория и практика. 2016. N 2 (4). С. 26.

Приведем еще один приме, дело рассмотрено Пермским краевым судом г. Перьм (Дело N33-1725/2016 «О возмещении вреда в связи со сме ртью кормильца, о взыскании компенсации морального вреда»), пострада вшая обратилась в суд с иском к ГБУЗ г. Камышина "Городская больница N 1" о возмещении вреда в связи со смертью кормильца, взыскании компенса ции морального вреда[25].

В обоснование заявленных требований указано, что 14.11.2013 года е е муж был доставлен в учреждение ответчика, где он скончался. Считает, что ее муж умер в результате дефектов оказания медицинской помощи. В ре зультате смерти их дочь потеряла своего отца кормильца, в связи с чем в пользу ребенка следует взыскать возмещение вреда по случаю потери кормильца. Кроме того, просила взыскать в свою пользу и в пользу дочери компенсацию морального вреда.

В ходе рассмотрения данного дела проведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза[26]. Согласно выводам экспертного заключения, при оказании медицинской помощи были допущены дефекты. Указанные дефе кты оказания медицинской помощи сами по себе не являются причиной сме рти, наступившей в результате инфаркта ствола головного мозга, но были условиями, которые не позволили изменить негативный характер течения па тологического процесса, поэтому находятся в непрямой (косвенной) причинно-следственной связи с наступлением смерти.

Установив вышеуказанные обстоятельства, суд, принял во внимание выводы, содержащиеся в заключении судебно-медицинской экспертизы о допущенных дефектах оказания медицинской помощи, однако, пришел к выводу об отсутствии правовых оснований для удовлетворения заявленных исковых требований, поскольку данные дефекты сами по себе причиной сме

[25] Судебная практика к статье 66 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»// сайт advokat-malov.ru
[26] Ст.67 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

рти не являются, не находятся в прямой причинно-следственной связи со смертью больного, доводы истца о возможности спасти при их отсутствии являются лишь предположениями.

В соответствии со статьей 66 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения ч. 3 ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 N 323- ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" устанавливают, что вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

На основе этих примеров, можно сделать вывод, что многие нюансы не охватывает законодательство, и во многом это способствует нарушению уже имеющихся норм закона. Как показал мониторинг правоприменения в такого рода делах, чаще всего все начинается с причины смерти человека. Отсюда и вытекает проблема нынешнего здравоохранения, чаще всего это не компетентно предоставлена медицинская помощь больному человеку, что приводит к смерти последнего. В соответствии, с действующим законодательством медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека содержат много недочетов, но все же большая часть и основная было четко прописано. Довольно часто в медицинской практике бывают случаи, когда от момента появления первых симптомов заболевания проходит несколько часов до наступления смерти, поэтому по причине ограниченного времени медицинские работники не всегда успевают оказать больному медицинскую помощь в требуемом объеме и необходимого качества. При таком развитии события действия медицинских работников не могут расцениваться как ненадлежащее исполнение ими своих профессиональных обязанностей. Здесь речь должна идти о причинении вреда в

состоянии крайней необходимости, которое законодатель рассматривает ка к обстоятельство, исключающее преступность деяния.

В последнее время тенденция увеличения дел о причинении вреда здоровью и (или) жизни имеет место в судах почти всех субъектов Российской Федерации. Как ни тяжело после потери здоровья либо утраты близкого человека, но все больше и больше граждан, столкнувшихся с нека чественным оказанием медицинской помощи, идут по пути отстаивания своих прав в судебном порядке. Такая тенденция, с одной стороны, свидете льствует о повышении юридической грамотности российских граждан и уве ренности в том, что их законные требования обязательно будут удовлетворе ны судом в соответствии с действующим законодательством Российской Фе дерации.

Как известно, при возникновении в процессе рассмотрения «ме дицинского» дела назначается судебно-медицинская экспертиза. Заключе ние экспертов должно четко давать ответы на поставленные перед экспе ртизой вопросы. В противном случае заключение не может служить доказа тельством виновности или невиновности действий медицинского работника. Как правило, в случае принятия заключения, в котором содержатся ве роятностные суждения, суды приходят к выводу о недоказанности причинно-следственной связи между действием врача и неблагоприятным последствие м, наступившим для пациента по той причине, что действия врача только косвенно могли воздействовать на результат лечения пациента.

Ключевым фактором цепочки причинно-следственной связи, как пока зал анализ правоприменительных решений, является установление течения основного заболевания. В большинстве случаев судмедэксперты устана вливают, могло ли основное заболевание привести к негативным после дствиям, а также как на его течение повлияло действие либо бездействие ме

дицинского работника. Суд не должен ставить перед экспертами вопросы правового характера.

Практическая сложность при разрешении дел, связанных с причине нием вреда здоровью пациента медицинскими работниками, ввиду ненадле жащего исполнения ими своих обязанностей, существует вследствие не обходимости установления причинно-следственной связи как в рамках гра жданского, так и уголовного процесса.

Так как мы рассмотрели что такое смерть, ее виды. При каких обстоятельствах проходят патологоанатомические вскрытия и их правовые основы. Остался еще один вопрос, который раскроет нам все аспекты использования органов и тканей умершего человека.

В связи с постоянным увеличением числа операций по пересадке че ловеческих органов, одним из ключевых моментов медицинского законода тельства стало регулирование процедуры трансплантации.

Органы и ткани для пересадки могут быть изъяты у умершего челове ка только после констатации смерти. В соответствии со ст. 66 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», моментом сме рти человека является момент смерти его мозга или его биологической сме рти (необратимой гибели человека).

Изъятие органов (тканей) у умершего человека производится с разре шения главного врача больницы. Если требуется проведение судебно-ме дицинской экспертизы, то разрешение дает также судебно-медицинский эксперт с уведомлением об этом прокурора. При этом врачи не вправе производить изъятие, если у них есть сведения о несогласии на то самого умершего человека при жизни, либо его близких родственников или за конных представителей.

В настоящее время в мире в области донорства органов и тканей человека действуют два, диаметрально противоположных, принципа забора органов у трупа: изъятие в соответствии с принципом презумпции согласия и изъятие в соответствии с принципом презумпции несогласия человека на изъятие органов из его тела после смерти. Если человек не согласен на совершение предполагаемых действий, то он должен в установленной форме выразить свое несогласие. Принцип презумпции согласия допускает изъятие тканей и органов у трупа, если умерший человек, или его родственники, не выразили на это своего несогласия.

Авторы юридической литературы выделяют определенный перечень причин, которыми можно объяснить данное положение вещей. Во-первых, в Российской Федерации все еще не определен порядок выражения и закрепления прижизненного волеизъявления гражданина, выражающего его несогласие на изъятие у него органов и (или) тканей после его смерти. Во-вторых, на федеральном уровне отсутствует уполномоченный государственный орган, который смог бы осуществлять единый порядок учета мнений граждан России на изъятие у них или же их родственников органов и (или) тканей после их смерти.

Такие авторы, как В. Б. Евдокимов и Т. А. Тухватуллин высказывают свою точку зрения о том, что для реализации закрепленного на конституционном и законодательном уровнях права на выражение воле изъявления на согласие или отказ от посмертного донорства на федеральном уровне, к примеру, на уровне Минздрава РФ, необходимо создать и обеспечить ведение единого общероссийского государственного реестра воле изъявлений граждан РФ, которые высказались по поводу изъятия у них органов и (или) тканей[27].

[27] Статья «Проблемы правового регулирования трансплантации органов (тканей) человека в России»: сайт www.eurasialegal.info

Вследствие этого стремительное развитие трансплантологии в России и изменения российского законодательства в области здравоохранения на глядно демонстрируют, что на данный момент существует огромная не обходимость формирования нового правового ландшафта в данной области.

Из всего выше сказанного делается вывод, что как бы не было четкого урегулирования норм в законодательстве всегда есть возможность найти ла зейки в них. Как показывает правовая практика, возможность рассмотреть каждый случай медицинских мероприятий, осуществляемых в связи со сме ртью человека уникален. В какой-то степени это дает возможность оценить работу медицинских учреждений в целом и в частности. Так как в настоявше е время многие не брезгуют, иногда, заглянуть в Кодекс, надеюсь, это поспособствует более качественному оказанию медицинских услуг. И ве роятность летальных исходов будет уменьшаться, чего в настоящее время не происходит.

Заключение

После ознакомления с данной темой и проведения анализа пра воприменения можно сказать, что все вопросы связанные с определенными моментами смерти человека, чаще всего решаются в судебном порядке.

В этой работе было подробно рассмотрено все виды смерти, а также е е определение и что этому способствует. Так же, были рассмотрены какие медицинские мероприятия, осуществляются с моментом смерти на нача льной стадии. С момента умирания до констатации смерти производится ре анимационные мероприятия, если они не привели к положительному ре зультату, то их считаются выполненными в полной мере. В последствии да нного инцеста проводится патологоанатомическое вскрытие, конечно иногда оно не требуется. Но это зависит, непосредственно от родственников, либо лица являющимся законным представителем и их личного заявления.

В рамках проведенного анализа правоприменения была выявлена проблема, связанная с тем, что в ряде случае, получив заключение о причине смерти и диагнозе заболевания, родственники умершего гражда нина предполагают причиной смерти ненадлежащего качества оказанные медицинские услуги, действия/ бездействие врачей и т.п., поэтому они обра щаются в медицинские организации (учреждения) за сведениями, содержа щимися в истории болезни умершего (медицинской карте больного). Одна ко, как показал анализ правоприменительных решений, родственники уме ршего гражданина не могут получить сведения об оказанном умершему лече нии, содержащиеся в медицинской документации, что приводи к тому, что приходится доказывать или подтверждать данные о диагнозе заболевания в суде.

Как показывает практика, то только после патолого-анатомического вскрытия подтверждается или нет поставленный диагноз умершего челове ка. но не всегда это дает подтверждение данных о смерти. Если дело было отправлено в суд для рассмотрения, то суд назначает свою экспертизу (суде бно-медицинское исследование).

Как можно решить вопрос о достоверности данных о смерти челове ка? Это скорее всего вопрос риторический. Так как не всегда правда нужна родственникам. Хотя в этом должны быть заинтересованы, непосредственно, сами специалисты данной специальности.

На сегодняшний день политика Российской Федерации направлена на интеграцию в международное сообщество, что подразумевает призна ние приоритетов личности, прав граждан на жизнь, здоровье и личную не прикосновенность. Такой подход находит отражение и в области правового регулирования отношений, связанных как с медициной целом, так и с тра нсплантацией органов и тканей человека в частности.

Существующая в России система правового регулирования посмертного донорства создает в сфере трансплантологии атмосферу, способствующую размыванию моральных ориентиров общества. Поэтому в перспективе, независимо от конечных целей изъятия органов и тканей трупа, правовая охрана телесной неприкосновенности умерших должна строиться на единых правовых основаниях, определяемых Законом РФ «О погребении и похоронном деле», через право человека на достойное отношение к его телу после не смерти.

Но человеческий фактор исключать нельзя!

Библиографический список

Нормативно-правовые акты

1. Российская Федерация. Конституция. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]: [принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.] (с посл.изм. и доп.) // Официальный интернет-портал правовой информации / Режим доступа: http://www.pravo.gov.ru.
2. Российская Федерация. Законы. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) [Электронный ресурс]: федер. закон от 30.11.1994 г. № 54-ФЗ (с посл.изм. и доп.) [принят ГД ФС РФ 21.10.2001г.] // Официальный интернет-портал правовой информации / Режим доступа: http://www.pravo.gov.ru.
3. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации [электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 г. №323 (с посл. изм. и доп.) [принят ГД ФС РФ 01.11.2011 г.]// официальный интернет-портал правовой информации/ Режим доступа: http:pravo.gov.ru.
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н // Официальный интернет-портал правовой информации / Режим доступа: http://www.consultant.ru.

5. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 января 2009 г. N 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и за полнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» // Официальный интернет-портал правовой информации / Режим доступа: http://www.consultant.ru.
6. Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти челове ка, в том числе критериев и процедуры установления смерти че ловека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» // Официа льный интернет-портал правовой информации / Режим доступа: http://www.consultant.ru

Учебная и научная литература

7. Акопов В. И. Судебная медицина: практическое пособие для юристов и врачей. - 2-е изд, перераб и доп.- М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2003. - С. 335.
8. Бобровская О.Н. Проблемы компенсации морального вреда в связи с оказанием медицинской помощи ненадлежащего каче ства // Медицинское право: теория и практика. 2016. N 2 (4). С. 26.
9. Демичев А. В. Дискурсы смерти: введение в философскую тана тологию. СПб., 1997;
10. Волков В. Н.,Датий А. В. Судебная медицина. М., 2000. С. 3—5;
11. Пиголкин Ю. И., Попов В. Л., Дубровин И. А. Судебная ме дицина: учебник. М., 2011. С. 11.;
12. Лапшин В. Е. Смерть как правовое явление: автореф. дис. ... ка нд. юрид. наук. Владимир, 2005. С. 5;
13. Шупик Ю. П. О способности к действиям при смертельных повре ждениях // Судебно-медицинская экспертиза. 1958. № 4. С. 53—54;

14. Сирота С. Ф.О способности к действиям при смертельных повреждениях // Судебно-медицинская экспертиза. 1959. № 2. С. 52—53;
15. Загрядская А. П., Джемс-Леви Д. Е. Судебно-медицинская оценка способности к активным действиям при смертельных механических повреждениях. Методические рекомендации. Горький, 1978.
16. Капустина М.А. к.ю.н., доцент кафедры теории и истории права государства СПбГУ: статья «Практика применения законодательства об охране врачебной тайны» от 7.11.2014 г.
17. «МУ 3.4.2552-09.3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Методические указания», утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.
18. Романовский Г. Б. Правовое регулирование определения момента смерти человека // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 1. С. 34—47.
19. Илюшенко, В.И. Отец Александр Мень. Жизнь, смерть, бессмертие / В.И. Илюшенко. - М.: Эксмо, 2013. - 202 с.
20. Полушин Ю.С. Руководство по анестезиологии и реанимотологии, 2004
21. Неговский В.А. Клиническая смерть глазами реаниматолога. Журнал «Человек», М., 1991
22. Красновский Г.Н., Иванов Д.Н. Актуальные вопросы правового регулирования трансплантации органов и тканей в Российской Федерации // Вестник Московского университета - 1993. - №5 - С.33

Материалы судебной и административной практики

23. Судебная практика к статье 66 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: сайт www.advokat-malov.ru
24. Комментарии к статье 67 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: сайт www.byadmin.ru

Электронный ресурс

25. Проект Федерального закона «О донорстве органов человека и их

трансплантации» [Электронный ресурс] - URL

https://www.rosminzdrav.ru/documents/8145 (Дата обращения 13.05.2019г.

Приложение 1

Протокол установления смерти человека

Я, _____,
(Ф.И.О.)
_____
_____
_____
(должность, место работы)
констатирую смерть
_____
(Ф.И.О. или не установлено)
дата рождения
_____
(число, месяц, год или не установлено)
пол
_____
_____
(при наличии документов умершего сведения из них
_____
(номер и серия паспорта, номер служебного удостоверения,
_____
номер истории болезни (родов),
_____
номер и серия свидетельства о рождении ребенка),
_____
а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,
_____
номер карты вызова скорой медицинской помощи,
_____.
номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;

неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

наличия признаков биологической смерти;

состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)
Время _____
Подпись_____Ф.И.О._____

Приложение 2

_____
Код формы по ОКУД _____
(полное наименование медицинской организации)
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма N 013/у
_____
(адрес медицинской организации)

Утверждена приказом Минздрава России

от 6 июня 2013 г. N 354н

ПРОТОКОЛ
патолого-анатомического вскрытия
N_____

"___"_____20___г.

1. Наименование медицинской организации и отделения, в котором наблюдался и умер пациент(ка) _____
_____
2. Медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента N _____
3. Фамилия, имя, отчество умершего(ей)
_____
_____
4. Пол: мужской 1, женский 2 _____

5. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
6. Дата смерти: число _____ месяц _____ год _____, время _____
7. Место жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
8. Местность: городская - 1, сельская - 2
9. Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке - 1, не состоял(а) в зарегистрированном
браке - 2, неизвестно - 3
10. Образование: профессиональное: высшее - 1, неполное высшее - 2, среднее - 3, начальное - 4; общее:
среднее (полное) - 5, основное - 6, начальное - 7; не имеет начального образования - 8, неизвестно - 9
_____
11. Занятость: руководители и специалисты высшего уровня квалификации - 1, прочие специалисты - 2,
квалифицированные рабочие - 3, неквалифицированные рабочие - 4, занятые на военной службе - 5;
пенсионеры - 6, студенты и учащиеся - 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве - 8, безработные - 9,
прочие - 10 _____
12. Дата поступления в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент(ка): число _____
месяц _____ год _____, время _____
13. Доставлен в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент(ка) через _____ часов,
_____ дней после начала заболевания
14. Фамилия, имя, отчество лечащего врача (фельдшера)
_____
15. Лечащий врач (заведующий отделением) присутствовал на патолого-анатомическом вскрытии
(да - 1, нет - 2): _____
16. Дата проведения патолого-анатомического вскрытия: число _____ месяц _____ год _____
17. Основные клинические данные:
_____
_____
_____
_____

18. Заключительный клинический диагноз:
код по МКБ-Х* _____
Основное заболевание:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Осложнения основного заболевания:
_____
_____

_____
_____
_____
_____

Сопутствующие заболевания:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

19. Наружный осмотр тела:
рост _____ см., масса тела _____ кг.,
телосложение
_____,
состояние питания
_____,
состояние мышечной и костной систем
_____,
кожный покров: головы
_____,
шеи _____, груди
_____,
туловища _____, конечностей_____;
трупные пятна и их расположение
_____,
выраженность и распространенность трупного окоченения
_____,
состояние естественных отверстий
_____,
наружные половые органы
_____,
операционные раны: длина разреза _____ см., характер операционной раны _____,
швы_____, выделения из раны_____,
следы инъекций и изменения в их зоне
_____.

20. Брюшная полость:
расположение органов
_____,
листки брюшины _____, сращения
_____,
наличие свободной жидкости в брюшной полости
_____;
внешний вид и размеры внутренних органов до вскрытия: диафрагма
_____,

печень _____, селезенка _____,
большой сальник _____, желудок _____,
кишечник _____, мочевой пузырь _____,
червеобразный отросток _____.

21. Грудная полость:
расположение органов _____,
объем легкого _____, сращения и жидкость в плевральных полостях _____;
наружный осмотр сердца: форма _____, расположение _____;
вилочковая железа: расположение _____, величина _____.

22. Полость черепа:
мягкие покровы головы при отделении их от черепа _____,
кости черепа _____;
оболочки головного мозга: мягкая _____,
паутинная _____, твердая _____;
кровенаполнение сосудов _____;
головной мозг: объем _____, масса _____,
консистенция _____, вещество мозга _____,
желудочки _____, мозжечок _____,
продолговатый мозг_____, сосудистые сплетения _____.

23. Органы кровообращения: сердце: размеры _____, масса _____,
эпикард и перикард _____,
консистенция сердечной мышцы _____,
кровенаполнение полостей сердца _____,
сгустки крови _____,
проходимость предсердно-желудочковых отверстий _____,
толщина стенки желудочка левого _____, правого _____,

толщина межжелудочковой перегородки _____, эндокард _____,
миокард _____,
клапаны сердца _____,
венечные артерии _____,
аорта _____, легочные артерии _____,
крупные вены _____,

_____.

24. Органы дыхания: околоносовые пазухи _____,
гортань_____, слизистая оболочка трахеи и бронхов _____,
легкое: размеры _____, масса _____, форма _____,
воздушность _____,
плотность _____, плевральные листки _____,
ткань легкого на разрезе _____,
патологические образования _____,
водная проба _____,
состояние поперечных срезов: сосудов _____, бронхов _____;
прикорневые лимфатические узлы _____,
паратрахеальные лимфатические узлы _____.

25. Органы пищеварения: язык _____, небные миндалины _____,
пищевод _____,
желудок _____,
кишка: тонкая _____, толстая _____;
печень: размеры _____, масса _____, форма _____,
консистенция _____, окраска _____,
характер поверхности _____, вид на разрезе _____;
желчный пузырь _____, размеры _____,

консистенция желчи _____, стенки _____,
внепеченочные желчные протоки _____;
поджелудочная железа: размеры _____, масса _____,
консистенция _____, цвет _____,
рисунок ткани на разрезе _____
_____
_____.

26. Органы мочеполовой системы: почки: размеры _____, масса _____,
консистенция _____, характер поверхности _____,
вид на разрезе _____, толщина коркового вещества _____,
слизистая оболочка лоханок _____;
мочеточники _____, мочевой пузырь _____,
предстательная железа _____, матка _____,
маточные трубы _____,
влагалище _____, яичники _____.

27. Органы кроветворения: селезенка: размеры _____, масса _____,
консистенция _____, вид снаружи _____,
вид на разрезе _____, характер соскоба _____;
лимфатические узлы: брыжейки _____, средостения _____,
шеи _____; костный мозг _____.

28. Эндокринные железы: щитовидная железа: размеры _____, консистенция _____,
вид: снаружи _____, на разрезе _____;
надпочечники: форма _____, цвет на разрезе _____,
рисунок ткани _____; гипофиз _____;
паращитовидные железы _____.

29. Костно-мышечная система: мышцы _____
_____;

кости
_____
_____;
суставы
_____
_____.
_____.

30. Для гистологического исследования взяты:
_____

_____
_____
_____
_____
_____

31. Для дополнительных исследований (указать каких) взяты:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

32. Патолого-анатомический диагноз (предварительный):
код по МКБ-Х* _____
Основное заболевание:
_____
_____
_____
_____
_____

Осложнения основного заболевания:
_____
_____
_____
_____

Сопутствующие заболевания:
_____
_____
_____

33. Описание результатов дополнительных исследований:
_____
_____
_____
_____
_____

34. Патолого-анатомический диагноз
код по МКБ-Х* _____
Основное заболевание:
_____
_____
_____

Осложнения основного заболевания:
_____
_____
_____

Сопутствующие заболевания:
_____
_____
_____

35. Сопоставление заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза: _____
_____
_____
_____
_____

36. Дефекты оказания медицинской помощи: _____
_____
_____
_____

37. Причина смерти:
_____
_____
_____

38. Клинико-патолого-анатомический эпикриз: _____
_____
_____
_____

39. Врач-патологоанатом: фамилия, инициалы _____
подпись _____
Заведующий патолого-анатомическим
отделением: фамилия, инициалы _____
подпись _____

40. Дата: "___"_____20___года.

_____

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106/У-08

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "__" _____ 20__ г.
(окончательного, предварительного, взамен предварительного,
взамен окончательного)
(подчеркнуть)

серия _____ N _____ "__" _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____

2. Пол: мужской [1], женский [2]

3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____
4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время ___
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____

6. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2],

в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:
7. Дата рождения: число ____, месяц _____, год ____, число месяцев _____, дней жизни _____
8. Место рождения _____
9. Фамилия, имя, отчество матери _____

---------- линия отреза ----------

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация Учетная форма N 106/у-08 Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "__" _____ ____ г.
(окончательное, предварительное, взамен предварительного,
взамен окончательного (подчеркнуть))

серия _____ N _____ "__" _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____

2. Пол: мужской [1], женский [2]

3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____

4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время ___

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____

6. Местность: городская [1], сельская [2]

7. Место смерти: республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____

8. Местность: городская [1], сельская [2]

9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5].

10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37 - 41 недель) [1], недоношенный (менее 37 недель) [2], переношенный (42 недель и более) [3].

11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
масса тела ребенка при рождении ___ грамм [1], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) ____ [2],
дата рождения матери _____ [3], возраст матери (полных лет) _____ [4],

фамилия матери _____ |5|, имя _____ |6|, отчество _____ |7|

12. <*> Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке |1|, не состоял(а) в зарегистрированном браке |2|, неизвестно |3|.

13. <*> Образование: профессиональное: высшее |1|, неполное высшее |2|, среднее |3|, начальное |4|; общее: среднее (полное) |5|, основное |6|, начальное |7|, не имеет начального образования |8|; неизвестно |9|.

14. <*> Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации |1|, прочие специалисты |2|, квалифицированные рабочие |3|, неквалифицированные рабочие |4|, занятые на военной службе |5|; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры |6|, студенты и учащиеся |7|, работавшие в личном подсобном хозяйстве |8|, безработные |9|, прочие |10|.

15. Смерть произошла: от заболевания |1|; несчастного случая: не связанного с производством |2|, связанного с производством |3|; убийства |4|; самоубийства |5|; в ходе действий: военных |6|, террористических |7|; род смерти не установлен |8|.

<*> В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10 - 11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

Частное образовательное учреждение высшего образования
Центросоюза Российской Федерации

СИБИРСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ КООПЕРАЦИИ

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА

ОТЗЫВ

руководителя о работе в период подготовки выпускной квалификационной работы обучающегося _____зочной_____ формы обучения
(очной, очно-заочной, заочной)
_____юридический_____ факультета
(наименование факультета)
_____Морозова Татьяна Владимировна _____
(Фамилия Имя Отчество)
Специальность 40.02.01 Право и организация социального обеспечения,
(код, наименование специальности)

Тема работы: АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА
на материалах: _____
_____

СОДЕРЖАНИЕ

Текст Отзыва (**около 1-1,5 страниц**)
_____
_____

Руководитель выпускной квалификационной работы
_____
(ученая степень, ученое звание, должность)
_____
(Фамилия Имя Отчество)

_____
(подпись)

«___» _____ 20__ г.

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу
обучающегося _____зочной _____ формы обучения
(очной, очно-заочной, заочной)
_____юридический _____ факультета
(наименование факультета)
_____Морозова Татьяна Владимировна _____
(Фамилия Имя Отчество)

Специальность 40.02.01 Право и организация социального обеспечения,
(код, наименование специальности)

Тема выпускной квалификационной работы: АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

на материалах:
_____
_____

Текст рецензии (***около 1-1,5 страниц***)
_____
_____
_____
_____

Место работы и должность рецензента_____
_____
_____

_____ _____
(подпись) *(Фамилия Имя Отчество рецензента)*

Место печати
«___» _____ 20__ г.