

# Дискуссия

© АЛЬШЕВСКИЙ В.В., АБАШИН В.Г., 2024

Альшевский В.В.<sup>1</sup>, Абашин В.Г.<sup>2</sup>

## МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ИЛИ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА?

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Медицинский институт непрерывного образования, Москва, Россия

<sup>2</sup>ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, Москва, Россия

*В порядке дискуссии в статье рассматриваются вопросы терминологии, определяющие отношение «врач–пациент» и понятие «медицинская помощь» или «медицинская услуга» с общечеловеческой и юридической точек зрения.*

**Ключевые слова:** врач; пациент; медицинская помощь; медицинская услуга.

**Для цитирования:** Альшевский В.В., Абашин В.Г. Медицинская помощь или медицинская услуга? *Клиническая медицина*. 2024;102(11–12):920–922. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2024-102-11-12-920-922>

**Для корреспонденции:** Абашин Виктор Григорьевич — e-mail: [AVG-56@list.ru](mailto:AVG-56@list.ru)

**Vladimir V. Alshevsky<sup>1</sup>, Victor G. Abashin<sup>2</sup>**

## MEDICAL CARE OR MEDICAL SERVICE?

<sup>1</sup>Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Medical Institute of Continuing Education, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryk of the Ministry of Defense of Russia, Moscow, Russia

*In the course of the discussion, the article discusses terminological issues that define the “doctor-patient” relationship and the concepts of “medical care” or “medical service” from both, a universal and legal perspective.*

**Key words:** doctor; patient; medical care; medical service.

**For citation:** Alshevsky V.V., Abashin V.G. Medical care or medical service? *Klinicheskaya meditsina*. 2024;102(11–12):920–922. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2024-102-11-12-920-922>

**For correspondence:** Victor G. Abashin — e-mail: [AVG-56@list.ru](mailto:AVG-56@list.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 27.05.2024

Accepted 18.06.2024

Причину, по которой термин «медицинская услуга» (по ассоциации с термином «прислуга»; «результат взаимодействия поставщика и потребителя») встречает сопротивление в среде медицинских работников, следует искать в отечественной деонтологии, которая стала складываться с 1864 г., как следствие земских реформ императора Александра II. Реформой, среди прочих направлений деятельности местного самоуправления, предусматривалась организация и содержание больниц в каждом земстве<sup>1</sup>.

Организация земской медицины потребовала значительного увеличения количества выпускников медицинских факультетов университетов. Планировалось, что оплата труда врача будет складываться из двух источников: за счет как имущих пациентов, так и бюджета земства (если пациент беден). Однако по нескольким причинам план оказался несостоятелен, и врач полностью перешел на содержание местного самоуправления. Поскольку бюджет земства всегда был невелик, оплата труда обеспечивала весьма скромное существование

врача. Данное обстоятельство потребовало предложить будущему врачу такую мотивационную основу профессиональной деятельности, которая примиряла бы его с невысокими доходами.

Долго искать мотивацию врачевания, не связанную с извлечением доходов, не пришлось. Она существовала издревле и возникла с момента крещения Руси среди церковных (монастырских) целителей (врачей). В ее основе лежали идеи служения и милосердия. Но если для монастырского целителя служение имело духовный смысл, то земскому врачу создававшаяся деонтология предлагала идею служения обществу или медицинской науке. Объектом милосердия оставался нуждающийся в помощи человек.

Однако такая мотивационная основа деонтологии привела к неожиданному следствию: принимая на себя заботу о здоровье пациента, врач, не видя в нем источник своего материального благополучия, не считал необходимым выстраивать с пациентом какие-либо межличностные отношения. Да и различие уровней образованности затрудняло поиски общих тем для беседы. Диалог с пациентом сводился к минимуму: сбор анамнеза и опрос жалоб. При этом в нравственном аспекте про-

<sup>1</sup> Земство — выборные органы местного самоуправления на уровне губернии и уезда.

фессиональная деятельность стала пониматься врачом как своего рода подвижничество во имя помощи страждущим, но никак не доходное занятие, обеспечивающее его существование.

Нельзя сказать, что во времена формирования отечественной деонтологии врачи не получали вознаграждение от пациентов за надлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Однако это случалось не столь уж часто и зависело от социального статуса пациента. И потому это не меняло мотивационной основы деятельности врача и нравственной самооценки. Сама же материальная благодарность пациента за хорошо выполненную работу далеко не всегда имела денежное выражение (особенно в советский период истории страны).

Все резко изменилось с 30 ноября 1994 г., когда был принят Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) (далее — ГК РФ). В гл. 39 ГК РФ (Возмездное оказание услуг) во второй части ст. 779 (Договор возмездного оказания услуг) указано, что правила главы применяются наряду с прочими к договорам оказания медицинских услуг. По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика (пациента или его представителя) оказать услуги (совершить определенные действия или осуществлять определенную деятельность), а заказчик (пациент или его представитель) обязуется эти услуги оплатить.

В одночасье такой нравственный аспект профессиональной деятельности врача, как милосердие и подвижничество, превратился в банальную услугу (наряду с ветеринарной, аудиторской или услугой по туристическому обслуживанию).

В 1994 г. замена понятия «помощь» на «услуга» касаясь медицинской деятельности не встретила сколь-нибудь массового неприятия среди врачей, что следует объяснять, с одной стороны кризисом, охватившим всю страну, а с другой — надеждами на преодоление недостатков финансирования при монетизации медицинской помощи в рамках гражданско-правовых правоотношений. Возможно эволюция взаимоотношений врача и пациента и повлекла бы за собой корректировку основ отечественной деонтологии в соответствии с установленными правоотношениями. Но медленный эволюционный путь столкнулся с двумя стремительно развивающимися тенденциями. Первую создал вступивший в силу в 1996 г. Уголовный кодекс Российской Федерации (далее — УК РФ). В нем проекция ряда статей на отношения медицинского работника и пациента в ходе оказания медицинской услуги позволила привлекать врачей к уголовной ответственности. Этими основаниями стали: причинение вреда здоровью (смерти) пациенту вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей; осуществление медицинской деятельности без получения лицензии; нарушение требований безопасности при оказании медицинской услуги, а также за оставление в опасности и (как было установлено еще Петром I в Морском уставе) неоказание помощи больным. Именно стремлением вывести медицинского работника из-под угрозы привлечения к ответственности по ст. 238 УК РФ ряд представите-

лей медицинского сообщества объясняет необходимость упорной борьбы с терминами. Они отчего-то полагают, что, если исключить из лексикона понятие «медицинская услуга», врач, не исполняющий требований безопасности при осуществлении инвазивных медицинских вмешательств, не станет нести уголовную ответственность. При этом приводятся два довода.

Первый — медицинская помощь (услуга) априори не может быть безопасна, а потому и привлечение врача по этой статье невозможно.

Второй — предусмотренная ст. 238 УК РФ форма вины («умысел») не совместима с медицинской деятельностью. Напомним, что эта статья помимо прочих оснований предусматривает уголовную ответственность как за сам факт оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности (формальный состав преступления), так и в случае причинения такой медицинской услугой по неосторожности тяжкого вреда здоровью либо смерти (материальный состав преступления). Предусмотренные санкции при подобном исходе неисполнения требований безопасности весьма суровы (максимальное наказание — лишение свободы на срок до шести лет), что относит такое преступление к категории средней тяжести.

Увы, эти их доводы несостоятельны. Так, ст. 238 УК РФ установлена уголовная ответственность за игнорирование требований безопасности при медицинском воздействии на здоровье пациента, но не за оказание небезопасной медицинской услуги. Требование безопасности — это четко сформулированное общепринятое условие воздействия врача на здоровье пациента с целью исключить (а при невозможности исключения — снизить вероятность) причинение нелегитимного вреда здоровью. Неисполнение существующих требований безопасности, в том числе и в медицине, является грубым нарушением общественных отношений, которые защищены уголовным законом и являются объектами преступления.

В качестве примера следует вспомнить алгоритм выполнения банальной внутримышечной инъекции в ягодичу, который по существу является требованием безопасности при выполнении этой процедуры. Представляется вполне очевидным, что лицо, оказывающее подобную медицинскую услугу, обязано знать и соблюдать требования безопасности. Если же после выполнения инъекции в обычных условиях пострадает седалищный нерв, то едва ли можно найти основания для утверждения, что медицинский работник не нарушил требования безопасности. При этом он, в силу наличия специального образования, сознавал, что несоблюдение установленного алгоритма манипуляции может привести к нежелательным последствиям, не желал причинить вред, но относился безразлично к возможности наступления таких последствий. Ну а эти признаки характеризуют вину как умысел (не прямой, но косвенный).

Выходит, что, хотя умысел как форма вины и не совместим с медицинской деятельностью, сама такая деятельность не исключает совершения врачом умышлен-

ного преступления при игнорировании им установленных требований безопасности.

Хотелось бы обратить внимание непримиримых борцов с терминами на то обстоятельство, что даже исключение из лексикона понятия «медицинская услуга» не исключает возможности привлечения врача к ответственности по ст. 238 УК РФ. Для этого стоит лишь внести в ее формулировку это понятие. Примерно так: «Производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, **либо медицинской помощи, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно...**».

Таким образом, борьбой с терминами «гора рождает мышь».

Второй из ранее упомянутых стремительно развивающейся тенденцией, которые значительно существенней влияют на эволюции отечественной деонтологии, явился комплекс федеральных программ, изменивших в последние годы финансирование медицины, которое затронуло и уровень оплаты труда врача.

Улучшение материального обеспечения здравоохранения за счет бюджетных средств вновь подчеркнуло отсутствие прямой финансовой зависимости врача от пациента и подтвердило, что отечественная медицина — это вариант государственной социальной гарантии населению. Именно в советский период истории страны возникло отечественное здравоохранение, а медицина переросла из социальной помощи уровня местного самоуправления в государственную социальную гарантию. Причем повышение оплаты труда поставило вопрос о том, в какой мере в мотивационной основе профессиональной деятельности современного врача необходимо сохранять готовность жертвовать материальным благополучием во имя служения. Увы, это вопрос не праздный. Ответ на него предопределяет соответствие нравственной самооценки врача оценке обществом его нравственности. Иными словами, врач хотел бы продолжать видеть свою профессиональную деятельность как медицинскую помощь, как жертвенный акт милосердия. Больной же, в большинстве своем, так не считает и требует соответствия результата помощи или услуги (ему все равно, как называть лечебно-диагностические мероприятия) своим ожиданиям. Законодатель же в первой части ст. 37 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понимает медицинскую помощь вообще как некий технологический процесс, который организуется в соответствии с утвержденным положением, оказывается принятыми порядками на основе разработанных клинических рекомендаций и с учетом установленных стандартов.

Таким образом, реализуемый в установленные временные интервалы лечебно-диагностический технологический процесс равноудален как от медицинской помощи (в понимании ее врачом), так и от медицинской услуги как акта гражданско-правовых отношений. Последнее утверждение следует хотя бы из того, что отличие от иных возмездных услуг, односторонний отказ

(в соответствии со ст. 782 ГК РФ) от договора медицинской услуги со стороны исполнителя (ч. 2 названной статьи) по очевидной причине невозможен. И название у этой причины одно: социальная гарантия.

Подлежит ли предоставление государственной социальной гарантии правому регулированию Гражданским кодексом? Вполне очевидно, что не подлежит (в сфере его могут остаться только платные услуги, но тогда уже при полном соответствии положениям ГК РФ). Подпадают ли лица, реализующие государственные социальные гарантии, под действие Уголовного кодекса? Вполне очевидно, что подпадают.

## Выводы

Борьба вокруг терминов «медицинская услуга» или «медицинская помощь» формально лишена смысла, поскольку это не синонимичные понятия. Они характеризуют лечебно-диагностический процесс с разных позиций.

В настоящее время реализуемый лечебно-диагностический процесс в большинстве своем является «государственной социальной гарантией населению».

Лица, оказывающие «медицинскую услугу», «медицинскую помощь» и реализующие «государственную медицинскую социальную гарантию», подпадают под действие определенных статей Уголовного кодекса.

Оказание «медицинской услуги» должно соответствовать положениям Гражданского Кодекса, который не распространяется на оказание «медицинской помощи» и реализацию «государственной медицинской социальной гарантии».

«Медицинская услуга», «медицинская помощь» и реализация «государственной медицинской социальной гарантии» регламентируются положениями рамочного Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Так все же: медицинская «ПОМОЩЬ» или «УСЛУГА»?

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

Поступила 27.05.2024  
Принята в печать 18.06.2024

## Информация об авторах

*Альшеевский Владимир Владимирович* — канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ВМедА им. С.М. Кирова; доцент кафедры организации здравоохранения и госсанэпидслужбы с курсом судебно-медицинской экспертизы, Медицинский институт непрерывного образования, Университет РОСБИОТЕХ

*Абашии Виктор Григорьевич* — д-р мед. наук, профессор, врач консультативного отдела ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка»

## Information about the authors

*Vladimir V. Alshevsky* — Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Forensic Medicine and Medical Law of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov; Associate Professor at the Department of Health Organization and State Sanitary and Epidemiological Service with a course in Forensic Medicine, Medical Institute of Continuing Education, ROSBIOTECH University

*Viktor G. Abashin* — Doctor of Medical Sciences, Professor, Doctor of the Advisory Department of the Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryka