

## II. КОНСТИТУЦИОННОЕ, АДМИНИСТРАТИВНОЕ И ФИНАНСОВОЕ ПРАВО

**Информация для цитирования:**

*Мохов А. А., Петюкова О. Н.* Совершенствование российского законодательства о проведении медико-социальной экспертизы и улучшении межведомственного взаимодействия // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2018. Вып. 42. С. 587–615. DOI: 10.17072/1995-4190-2018-42-587-615.

*Mokhov A. A., Petyukova O. N.* Sovershenstvovanie rossiyskogo zakonodatel'stva o provedenii mediko-sotsial'noy ekspertizy i uluchshenii mezhvedomstvennogo vzaimodeystviya [Development of Russian Legislation on Medical and Social Assessment and Improvement of Interdepartmental Interaction]. *Vestnik Permskogo universiteta. Juridicheskie nauki* – Perm University Herald. Juridical Sciences. 2018. Issue 4. Pp. 587–615. (In Russ.). DOI: 10.17072/1995-4190-2018-42-587-615.

УДК 349.2

DOI: 10.17072/1995-4190-2018-42-587-615

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И УЛУЧШЕНИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

**А. А. Мохов**

Доктор юридических наук, профессор,  
профессор кафедры предпринимательского и корпоративного права

Московский государственный юридический университет (МГЮА)  
им. О. Е. Кутафина

123995, Россия, г. Москва, ул. Садово-Кудринская, 9

ORCID: 0000-0001-8139-7932

ResearcherID: V-4520-2018

E-mail: mokhov\_alexander@rambler.ru

**О. Н. Петюкова**

Доктор юридических наук, доцент,  
зам. декана по научной работе и международному сотрудничеству  
юридического факультета,  
профессор Департамента правового регулирования  
экономической деятельности

Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации  
125993, Россия, г. Москва, Ленинградский просп., 49

ORCID: 0000-0003-0127-9747

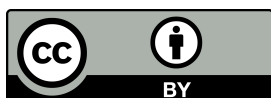
ResearcherID: D-1571-2016

E-mail: oksana55@mail.ru

Поступила в редакцию 01.06.2018

*Введение:* в настоящей статье представлены результаты анализа федерального и регионального законодательства о проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, об определении полномочий субъектов РФ в рассматриваемой сфе-

© Мохов А. А., Петюкова О. Н., 2018



ре; реализации в 2017 г. в Смоленской и Воронежской областях пилотного проекта по отработке новых подходов к проведению освидетельствования граждан в возрасте до 18 лет, а в 2018 году – в Ставропольском крае и Свердловской области – по отработке новых подходов к определению степени утраты профессиональной трудоспособности. Также раскрываются правовое положение и роль общественных организаций инвалидов, социально ориентированных некоммерческих организаций в социальной и трудовой интеграции инвалидов. Особо изучен порядок разработки индивидуальной программы реабилитации / абилитации. **Цель:** развитие российского законодательства о проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов для повышения их качества, объективности, пациентоориентированности, в том числе в контексте улучшения межведомственного взаимодействия. **Методы:** был использован комплекс методов научного познания, включая общенаучные методы: анализ, синтез, индукция, дедукция, специальные: сравнительный, формально-юридический, статистический и др. **Результаты:** авторами сформулированы предложения по совершенствованию системы управления соответствующими органами и учреждениями при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, механизмов их взаимодействия, оптимизации документооборота, а также по совершенствованию правового статуса субъектов медико-социальной экспертизы. **Выводы:** система организационно-правового обеспечения медико-социальной экспертизы применительно к отдельным группам (категориям) граждан, а также отдельным регионам требует модернизации, особенно в части качества, доступности оказываемых учреждениями МСЭ услуг. Система реабилитации инвалидов, построенная по смешанному отраслевому и функциональному признакам, относится к группе сложных систем, что объясняет ее сбои, требует повышенного внимания к вопросам управления, организации и поддержания субординационных и координационных связей.

---

Ключевые слова: социальное законодательство; межведомственное взаимодействие; медико-социальная экспертиза; инвалидность; реабилитации; абилитация; здравоохранение; социальная защита

## ***DEVELOPMENT OF RUSSIAN LEGISLATION ON MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT AND IMPROVEMENT OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION***

### **A. A. Mokhov**

Kutafin Moscow State Law University (MSAL)  
9, Sadovaya-Kudrinskaya st., Moscow, 123995, Russia

**ORCID:** 0000-0001-8139-7932

**ResearcherID:** V-4520-2018

E-mail: mokhov\_alexander@rambler.ru

### **O. N. Petyukova**

Financial University under the Government of the Russian Federation  
49, Leningradsky prospekt, Moscow, 125993, Russia

**ORCID:** 0000-0003-0127-9747

**ResearcherID:** D-1571-2016

E-mail: oksana55@mail.ru

**Received 01.06.2018**

**Introduction:** the paper presents the results of the analysis of federal and regional legislation on medical and social assessment (MSA) procedure and rehabilitation of disabled people as well as on determining the powers of the subjects of the Russian Federation in this area; it analyzes 2017 Pilot Project implemented in the Smolensk and Voronezh regions to develop new approaches to the examination of citizens under 18, and 2018 Pilot Projects in the Stavropol

and Sverdlovsk regions to develop new approaches to determining the degree of loss of professional working ability. It also brings into focus the legal status and role of public organizations of people with disabilities, socially oriented non-profit organizations in social and labor integration of the disabled. Particularly, the study is focused on the procedure for developing an individual program of rehabilitation/ habilitation. **Purpose:** development of Russian legislation on medical and social assessment and rehabilitation of persons with disabilities in order to enhance the quality, objectivity, patient-centered approach, including the focus on improving interdepartmental interaction. **Methods:** a complex of methods of scientific cognition was used, including such general ones as analysis, synthesis, induction, deduction, and also specific ones, in particular, comparative, formal legal, statistical and others. **Results:** based on the results of the study, the authors formulated their suggestion for improvement of the system of managing the relevant bodies and institutions when conducting medical and social assessment and rehabilitation of disabled people, mechanisms of their interaction, optimization of document flow, as well as improvement of the legal status of medical and social assessment subjects. **Conclusions:** the system of organizational and legal support for medical and social assessment in relation to individual groups (categories) of citizens, as well as individual regions, requires modernization, especially in terms of the quality and accessibility of services provided by MSA institutions. The rehabilitation system for people with disabilities, built on a mixed sectoral and functional basis, belongs to the group of complex systems, which contributes to its failures, requires increased attention to the issues of management, organization and maintenance of subordinate and coordination links.

Keywords: social legislation, interdepartmental interaction, medical and social assessment, disability, rehabilitation, habilitation, health care, social care.

### Введение

В настоящей статье рассматриваются основные направления совершенствования российского законодательства о проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с целью повышения их качества, объективности, пациентоориентированности.

Следует отметить, что общие вопросы соотношения права и социального развития как новой гуманистической иерархии ценностей изучены в коллективной монографии Т. Я. Хабриевой, А. В. Габова, Ю. А. Тихомирова и других исследователей [27]. Вопросы проведения медико-социальной экспертизы нашли освещение в научной литературе. В связи с тем, что понятие временной нетрудоспособности связано в определенной степени с понятием утраты трудоспособности, актуальны вопросы проведения экспертизы в обоих случаях. Ю. А. Крашенинникова изучила вопрос о контроле качества деятельности экспертов, результаты которого используются для целей государственного управления. В центре ее внимания – государственный контроль за проверкой временной нетрудоспособности в Российской Федерации, влияющей на функционирование системы обязательного социального страхования. В результате научного анализа исследовательница вы-

яснила, что отсутствуют четкие правила экспертизы, полномочия контроля закреплены за различными государственными органами. Основная проблема заключается в том, по ее мнению, что внешняя система управления, ориентированная на проверку правильности заполнения документации, не контролирует достоверность информации: действительно ли все пациенты с больничными листами были неспособны работать, а страховые случаи имели место [45, pp. 153–176].

О том, что результаты экспертизы не всегда объективны, говорится и в зарубежной литературе. В частности, на вопрос: «Как определить степень травматизма в зависимости от размера потерянной возможности?» – авторы отвечают: «Это, прежде всего, технический вопрос, аналогичный оценке уровня инвалидности» [43].

В свою очередь, для совершенствования законодательства о медико-социальной экспертизы важно учитывать общественное мнение по этому вопросу. Отмечается, например, что проведение консультаций с общественностью применяется в разработке законодательства в Великобритании [44]. Рассматривая роль участия общественности, пациентов в организациях первичной медико-санитарной помощи в Вели-

кобритании, обращается внимание на то, что, несмотря на крупные национальные инициативы по расширению их участия в медицинских услугах, она остается недостаточной [42].

В контексте рассмотрения растущей роли общественных организаций инвалидов в межведомственном взаимодействии при реализации законодательства о медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов интерес представляют исследования об их правовом статусе и правосубъектности. В частности, обращается внимание на отсутствие в российском законодательстве определения правосубъектности, что порождает несогласованную судебную практику, имеющую отношение к способности субъектов вступать в гражданско-правовые отношения [46], определены критерии приемлемости для ограничения и лишения субъекта правового статуса. При этом, рассматривая вопрос о правовом статусе общественных объединений инвалидов, имеющих несомненную социальную роль, следует говорить о необходимости закрепления в законодательстве дополнительных преференций за ними.

#### **Федеральное законодательство о проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов**

В соответствии с ч. 2 ст. 58 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>1</sup> (далее – Закон об основах охраны здоровья), медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ) федеральным законодателем отнесена к одному из видов медицинских экспертиз, т. е. проводимых в установленном порядке исследований, направленных на установление состояния здоровья человека в целях решения тех или иных практических задач.

Общие положения о МСЭ получили конкретизацию в ст. 60 Закона об основах охраны здоровья. Из анализа этой статьи следует: целью МСЭ является определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты; такая экспертиза проводится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы (далее – учреждения МСЭ); она

проводится в соответствии с законодательством РФ о социальной защите инвалидов<sup>2</sup>.

МСЭ в Законе об охране здоровья упоминается еще несколько раз: в п. 8 ч. 2 ст. 14 – из которого следует, что установление порядка организации и проведения МСЭ не является полномочием федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения; в ст. 59 – закрепляющей связь экспертизы временной нетрудоспособности с МСЭ (направление длительно болеющих граждан, имеющих очевидный неблагоприятный клинический и трудовой прогноз для прохождения медико-социальной экспертизы).

Следует заметить, что, согласно п. «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции РФ, координация вопросов здравоохранения, а также социальная защита, включая социальное обеспечение, находятся в совместном ведении РФ и субъектов РФ.

Об этом также со всей очевидностью свидетельствуют и нормы отраслевого законодательства: согласно ч. 1 ст. 3 Закона об основах охраны здоровья, законодательство в сфере охраны здоровья состоит из настоящего Федерального закона, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов РФ, законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ; в силу ст. 3 Закона о социальной защите, законодательство о социальной защите инвалидов состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ.

#### **Региональное законодательство о проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов**

В настоящее время применительно к решению вопросов о полноте и качестве регионального законодательства, касающегося проведения МСЭ, необходимо в первую очередь подвергнуть анализу законодательство субъектов РФ о социальной защите. В части межведомственного взаимодействия при проведении МСЭ

<sup>1</sup> *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации*: Федер. закон от 21 нояб. 2011 г. №323-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 48, ст. 6724.

<sup>2</sup> *О социальной защите инвалидов в Российской Федерации*: Федер. закон от 24 нояб. 1995 г. № 181-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 1995. № 48, ст. 4563. (далее – Закон о социальной защите).

может потребоваться также анализ и регионального законодательства об охране здоровья.

Вовлеченность органов государственной власти субъектов РФ в вопросы обеспечения социальной защиты и социальной поддержки инвалидов основана на ст. 5 Закона о социальной защите, включающей в себя 11 пунктов. Напрямую вопросы проведения МСЭ они не затрагивают. Однако редакция некоторых пунктов анализируемой статьи носит весьма общий, неконкретный характер. Так, в п. 1 ст. 5 Закона о социальной защите говорится об участии в реализации государственной политики в отношении инвалидов на территориях субъектов РФ (степень такого участия может варьировать в различных пределах), а в п. 2 Закона – о принятии в соответствии с федеральными законами законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ. В этой связи следует уяснить, по каким вопросам могут либо не могут приниматься правовые акты субъектов РФ. Для этого необходим системный анализ ст. 4 и 5, а также иных статей Закона о социальной защите.

В ст. 4 Закона о социальной защите представляют прямой интерес п. 4, 5 и 11, согласно которым к ведению соответствующих уполномоченных федеральных органов государственной власти относятся: установление общих принципов организации и осуществления МСЭ; определение критериев установления условий для признания лица инвалидом; создание учреждений МСЭ, обеспечение их функционирования, осуществление контроля за их деятельностью.

Как можно убедиться, наиболее значимые аспекты создания, условий и порядка функционирования учреждений МСЭ отнесены к компетенции федеральных органов государственной власти в соответствующей сфере деятельности. Нет прямых упоминаний о МСЭ и в ст. 5 анализируемого Закона. В то же время формулировка «установление общих принципов...» представляется неудачной, так как оставляет лазейку (решение частных вопросов, конкретизация, уточнение и т.п.).

Закон о социальной защите наряду со ст. 5 содержит также следующие указания на полномочия субъектов РФ в рассматриваемой сфере:

- предоставление необходимых сведений, подлежащих включению в федеральный реестр инвалидов (п. 18 ст. 5.1);

- оказание медицинской помощи инвалидам (ст. 13);

- приобретение периодической, научной, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературы для инвалидов, образовательных организаций и библиотек, находящихся в ведении субъектов РФ, и муниципальных образовательных организаций (ст.14);

- обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инфраструктуры (социальной, инженерной, транспортной) (ст. 15);

- осуществление государственного контроля (надзора) за обеспечением доступности для инвалидов объектов соответствующих инфраструктур (ст. 15.1);

- обеспечение нуждающихся в улучшении жилищных условий инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, жилыми помещениями (ст. 17);

- поддержка инвалидов в части получения ими образования (ст. 19);

- проведение мероприятий, направленных на обеспечение занятости инвалидов, в т. ч. установление квоты для приема на работу инвалидов и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов (ст. 20–22);

- определение порядка и оснований социально-бытового обслуживания инвалидов (ст. 28);

- предоставление мер социальной поддержки инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг и по обеспечению жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий (вставших на учет до 1 января 2005 г.) (ст. 28.2);

- привлечение в процессе подготовки и принятия решений по вопросам, затрагивающим интересы инвалидов, полномочных представителей общественных объединений инвалидов (ст. 33);

- поддержка общественных объединений инвалидов (ст. 33).

Проанализируем также законодательство нескольких субъектов РФ в части определения ими своих полномочий в рассматриваемой сфере.

Так, закон г. Москвы от 3 ноября 2004 г. № 70 «О мерах социальной поддержки отдель-

ных категорий жителей города Москвы»<sup>1</sup> содержит ст. 5, закрепляющую права органов государственной власти субъектов РФ в обеспечении социальной защиты и социальной поддержки инвалидов. В целом они корреспондируют положениям Закона о социальной защите.

Главой 2 закона Санкт-Петербурга от 22 ноября 2011 г. № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга»<sup>2</sup> определены полномочия органов государственной власти Санкт-Петербурга (Законодательного Собрания, Правительства) в сфере социальной поддержки. Каких-либо положений о МСЭ закон не содержит.

Следует заметить, что в отношении отдельных групп (категорий) граждан, а также в отдельных регионах довольно остро стоит вопрос организационного обеспечения, а также качества оказываемых учреждениями МСЭ услуг.

Об этом со всей очевидностью свидетельствуют данные официальных документов, предпринимаемые государством попытки решения наиболее острых проблем. Так, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Доступная среда” на 2011–2020 годы»<sup>3</sup>, в 2017 году была предусмотрена реализация в 2 субъектах РФ (Смоленской и Воронежской областях) пилотного проекта по отработке новых подходов к проведению освидетельствования граждан в возрасте до 18 лет, а в 2018 году – реализация в 2 субъектах РФ (Ставропольском крае и Свердловской области) аналогичного проекта по отработке новых подходов к определению степени утраты профессиональной трудоспособности.

Для граждан различие между учреждениями здравоохранения, в которых они получают медицинскую помощь, и учреждениями МСЭ федерального уровня особенно заметным становится в регионах, активно внедряющих новые технологии. В этой связи у них при обращении в федеральные учреждения МСЭ возникают обоснованные претензии к качеству услуг, доступности и своевременности их полу-

чения и т. п. В результате в различные инстанции, в т. ч. и регионального уровня, идет поток жалоб на работу учреждений МСЭ. Так, по результатам круглого стола, столичные депутаты выступили с предложением к федеральным и региональным властям о передаче в рамках пилотного проекта федеральных полномочий на проведение МСЭ органам власти Москвы как субъекта РФ. Благодаря такой мере МСЭ должна стать более доступной, качественной, пациентоориентированной<sup>4</sup>.

Данные предложения пока отвергаются. Одним из аргументов профильного министерства называется возможный рост (на 30-35%) численности инвалидов и, соответственно, расходов. Данная аргументация, как минимум, сомнительна.

Во-первых, регулятор признает, что в этой сфере существуют проблемы. Численность инвалидов должна зависеть от объективно складывающейся ситуации в стране, регионе со здоровьем населения, структурой его занятости и другими факторами, но никак не с уровнем, на котором проводится МСЭ.

Во-вторых, такой аргументацией признается, что функционирующая модель МСЭ ограничивает численность возможных инвалидов, вместо того чтобы обеспечивать необходимую защиту прав граждан, достигать провозглашенных целей и задач системы МСЭ в целом.

Следует заметить, что полномочия по проведению МСЭ раньше уже были закреплены за субъектами РФ. Однако в силу объективных и субъективных причин с января 2005 года они были переданы на федеральный уровень [37, с. 258], в то время как по большинству иных полномочий наблюдался обратный тренд.

#### **Межведомственное взаимодействие в связи с медико-социальной экспертизой**

Кроме того, в связи с произошедшими в 2012 году изменениями структуры федеральных органов исполнительной власти<sup>5</sup> важное

<sup>1</sup> Тверская, 13. 2004. № 146.

<sup>2</sup> Вестник Законодательного Собрания Санкт-Петербурга. 2011. № 41.

<sup>3</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2015. № 49, ст. 6987.

<sup>4</sup> Мосгордума предлагает передать полномочия на проведение МСЭ органам власти столицы // Медвестник. 2018. 11 апр.

<sup>5</sup> Вопросы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации: постановление Правительства Рос. Федерации от 31 мая 2012 г. № 535 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2012. № 23, ст. 3029; *Об утверждении Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации*: постановление Правительства Рос. Федерации от 19 июня 2012 г. № 610 // Там же.

практическое значение получили вопросы межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

В Концепции совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов<sup>1</sup> улучшение межведомственного взаимодействия было названо в качестве направления решения задач совершенствования системы МСЭ. В этом документе указывается на несовершенство процедур, схем межведомственного организационного и информационного взаимодействия. Кроме того, в нем указываются пути решения возникающих проблем, как-то: усовершенствование системы управления соответствующими органами и учреждениями, механизмов взаимодействия, оптимизация документооборота и др. Однако в правовом государстве управление процессами, регулирующее воздействие на субъектов, осуществляется в первую очередь посредством форм, методов, способов, закрепленных в актах различной юридической силы.

В Концепции речь идет лишь об уточнении нормативной основы деятельности органов и учреждений МСЭ, а также о разработке административного регламента проведения МСЭ. Как можно убедиться, в анализируемом документе уделено недостаточное внимание вопросам правового обеспечения межведомственного взаимодействия.

О межведомственном взаимодействии в части МСЭ имеются указания на значительное количество нормативных правовых актов федерального уровня, в том числе в Плане мероприятий («Дорожная карта»), по совершенствованию государственной системы медико-социальной экспертизы на период до 2020 года<sup>2</sup>.

В основном акты содержат: перечисление полномочий отдельных органов и должностных лиц, отдельные механизмы, способы взаимодействия, ссылки на заключение соглашений между участниками межведомственного взаимодействия.

Нельзя также не обратить внимание на то, что основной объем возможных мероприятий, где требуется межведомственное взаимодействие, проводится на региональном и местном уровнях, что обуславливает необходимость формирования не только федеральной, но также региональной нормативной правовой базы, опосредующей рассматриваемые отношения.

Закон г. Москвы от 3 ноября 2004 г. № 70 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы» не содержит каких-либо упоминаний о межведомственном взаимодействии в связи с МСЭ. Для реализации положений федерального законодательства Правительством г. Москвы принят ряд документов. Наиболее значимыми являются:

– постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве»<sup>3</sup>;

– постановление Правительства Москвы от 24 февраля 2010 г. № 157-ПП «О полномочиях территориальных органов исполнительной власти города Москвы»<sup>4</sup>.

В частности, Регламент межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти г. Москвы при организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан в г. Москве<sup>5</sup> определяет круг участников и формы такого взаимодействия, а также механизмы оценки результатов взаимодействия.

Близкий по своему содержанию документ был утвержден также Правительством Санкт-Петербурга. В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 29 декабря 2014 г. № 1289 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга в связи с реализацией полномочий Санкт-Петербурга в сфере социального обслуживания населения»<sup>6</sup> определены: орган, уполномоченный на реализацию и осуществление межведомственного взаимодействия, участники межведомственного взаимодействия, виды деятельности и круг вопросов, по которым осуществляется взаимодействие, порядок и формы такого взаимодействия, контроль и оценка результатов взаимодействия.

2012. № 26, ст. 3528; *Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации*: постановление Правительства Рос. Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 // Там же. Ст. 3526.

<sup>1</sup> Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> Утв. Министерством труда и социальной защиты РФ 20 мая 2017 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

<sup>3</sup> Вестник мэра и Правительства Москвы. 2015. № 1.

<sup>4</sup> Там же. 2010. № 15.

<sup>5</sup> О социальном обслуживании граждан в городе Москве: утв. постановлением Правительства Москвы от 26 дек. 2014 г. № 829-ПП.

<sup>6</sup> Вестник Администрации Санкт-Петербурга. 2015. № 2.

### **Межведомственное взаимодействие в связи с реабилитацией инвалидов**

Рассмотрим вопросы межведомственного взаимодействия при реабилитации инвалидов. Данный вопрос тесным образом связан со своевременностью и качеством оказываемой гражданам МСЭ, а также возможностью последующего трудоустройства инвалидов [13, с. 10].

К организациям, предоставляющим в субъектах РФ реабилитационные и тесно связанные с ними услуги (ранней помощи, сопровождения инвалидов и др.), в настоящее время относится довольно широкий круг организаций различной формы собственности (от государственной до частной), организационно-правовой формы (некоммерческие и коммерческие организации), сферы экономической деятельности (от организаций собственно рынка социальных услуг до медицинских, образовательных и иных организаций), ведомственной принадлежности.

В силу значительного числа различных по статусу субъектов, участвующих в той или иной мере в реабилитации инвалидов, на практике возникают значительные сложности в управлении данной системой (начиная от определения круга пациентов и правильной их маршрутизации [4, с. 63] до получения прямой и обратной связи с ее участниками). Кроме того, специалистами прямо обращается внимание на необходимость изменения нормативно-правового регулирования взаимодействия организаций – участников процесса реабилитации инвалидов, а также в целом процесса реабилитации в субъектах РФ<sup>1</sup>.

Во-первых, следует обратить внимание на управление системой реабилитации инвалидов по вертикали. В целом данная система испытывает существенное влияние административно-территориального деления государства (федеральный уровень – уровень субъекта РФ), существующей структуры органов исполнительной власти (на федеральном и региональном уровнях), а также некоторых иных органов и организаций.

Данная система, построенная по смешанному отраслевому и функциональному признакам, относится к группе сложных систем, что обуславливает ее сбои, требует повышенного внимания к вопросам управления ее отдельными элементами, организации и поддержания субординационных и координационных связей. Следствиями являются: наличие громоздкого управленческого (чиновничьего) аппарата; необходимость прямого администрирования многих процессов, процедур; высокая роль ведомственного нормотворчества. С другой стороны, такая система в необходимых случаях может проявлять значительную гибкость, легко перенастраиваться, что может иметь большое значение для отдельных регионов России.

Во-вторых, основная часть фактически и юридически значимых отношений требует управления по горизонтали. Необходимо создавать и поддерживать на уровне субъекта РФ координационные связи, в частности, между: органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере социальной защиты населения, органом исполнительной власти РФ в сфере образования, органом исполнительной власти РФ в области содействия занятости населения, органом исполнительной власти РФ в области физической культуры и спорта, территориальным органом Пенсионного фонда РФ, региональным отделением Фонда социального страхования РФ. В отдельных случаях речь может идти и о других органах и организациях.

Анализ действующей нормативной правовой базы показывает, что взаимоотношения между органами и организациями, задействованными в процессе реабилитации, носят бессистемный характер, в основном сводятся к налаживанию информационного взаимодействия (от телефонных переговоров до обмена данными об инвалидах). Часть фактически установленных связей не имеют должного нормативного закрепления, а имеющиеся документы недоступны широкому кругу заинтересованных лиц (инвалидам, их семьям, представителям, правозащитникам и др.).

Учеными Санкт-Петербургского научно-практического центра медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта предлагается следующая функциональная модель межведомст-

<sup>1</sup> Отчет по государственному контракту № 16-К-13-185 от 24 августа 2016 г. на оказание услуг по разработке модели межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, и их сопровождение. СПб., 2016. С. 14.



венного взаимодействия системы комплексной реабилитации инвалидов:

- вход в систему (выявление случая, его регистрация);
- оценка состояния индивида, членов семьи;
- постановка цели, разработка индивидуальной программы;
- выполнение комплекса необходимых мероприятий;
- оценка результата;
- выход из системы (при успешной реализации программы) или повторение цикла реабилитации (разработка новой программы и последующая ее реализация)<sup>1</sup>.

На всех этапах названной выше системы, как подчеркивают ее авторы, необходимо наладить эффективное взаимодействие между различными организациями (медицинскими, социальными служб, образовательными и др.) и ведомствами (службами).

Следует отметить, что в специальной литературе иногда критикуется сложившийся подход. Схема «больной-инвалид», когда длительно болеющий гражданин направляется на МСЭ, где ему по соответствующим критериям назначается инвалидность и разрабатывается программа реабилитации, порочна. Реабилитацией, по мнению А. Ю. Колябина и Т. В. Глуховой нужно заниматься до направления на МСЭ [18, с. 15]. После признания гражданина инвалидом последний получает необходимый набор социальных льгот и нередко теряет стимул к последующей профессиональной переподготовке и трудоустройству. От себя заметим, что реабилитация – слабое звено современной рыночно ориентированной медицины не только в части инвалидов, но и других категорий (групп) граждан. Добавление в модель этапа реабилитации граждан до их признания инвалидами имеет смысл, но ему должна предшествовать большая организационная, методическая, правовая работа (введение дополнительной терминологии, регламентов, стандартов и др.).

В п. 2 ч. 4 ст. 40 Закона об основах охраны здоровья граждан в настоящее время прямо говорится о предупреждении инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации, увязывая ее с санаторно-курортным лечением.

Законодатель в настоящее время снял ряд дискуссионных вопросов относительно понятия и сущности медицинской реабилитации<sup>2</sup>, существовавших ранее [25, с. 40–42].

Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

В ст. 1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» даются основные дефиниции: природные лечебные ресурсы<sup>3</sup>, лечебно-оздоровительная местность<sup>4</sup>, курорт<sup>5</sup> и др. Как следует из их анализа, такие ресурсы и местности существуют далеко не в каждом субъекте РФ, что также затрудняет решение задач по медицинской реабилитации, ведет к существенному удорожанию услуг по реабилитации граждан.

В целом существующие ресурсы медицинской реабилитации во многих российских регионах довольно скудны [35, с. 16–27]. Они сосредоточены на территории России крайне неравномерно. Нерешенность задач реабилитации на этом этапе способствует тому, что значительная часть граждан-пациентов становятся инвалидами [8, с. 1287]. В последующем данное положение стабилизируется.

Принципами медицинской реабилитации являются: раннее начало; комплексность; индивидуальность; этапность; преемственность [36, с. 19]. Однако их практическая реализация далека от идеала. В большинстве регионов отсутствуют специализированные центры (отделения) медицинской реабилитации по профилям оказываемой медицинской помощи, соот-

<sup>1</sup> Отчет по государственному контракту № 16-К-13-185 от 24 августа 2016 г. на оказание услуг... С. 26–28.

<sup>2</sup> О порядке организации медицинской реабилитации: приказ Минздрава Рос. Федерации от 29 дек. 2012 г. № 1705 н // Российская газета. 2013. № 90/1 (спец. вып.).

<sup>3</sup> Об утверждении Классификации запасов и прогнозных ресурсов лечебных грязей: приказ Минприроды России от 23 нояб. 2012 г. № 401 // Российская газета. 2013. № 56.

<sup>4</sup> Положение о признании территорий лечебно-оздоровительными местностями и курортами федерального значения: утв. постановлением Правительства Рос. Федерации от 7 дек. 1996 г. № 1426 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 1996. № 51, ст. 5799.

<sup>5</sup> О признании курортов Ессентуки, Железноводск, Кисловодск и Пятигорск, расположенных в Ставропольском крае, курортами федерального значения и об утверждении положений об этих курортах: постановление Правительства Рос. Федерации от 17 янв. 2006 г. № 14 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2006. № 4, ст. 387.

ветствующие службы маршрутизации, отмечается дефицит специалистов по медицинской реабилитации [11, с. 17–41].

В этой связи представляет интерес опыт Республики Беларусь по медицинской реабилитации. С целью реализации изложенных выше принципов в Беларуси были созданы на всех уровнях (республиканском, областном, городском (районном) центры, отделения, кабинеты реабилитации. Назначение реабилитационных мероприятий, как правило, осуществляется мультидисциплинарной бригадой (в составе: врач-реабилитолог, психолог, психотерапевт, врач-ЛФК, реабилитационная сестра и персонал по уходу). Создана этапная система медицинской реабилитации [34, с. 17].

Важно заметить, что технология реализации соответствующих мероприятий на каждом из этапов, показания и противопоказания к проведению активной медицинской реабилитации утверждены одноименным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Если мы обратимся к Закону о социальной защите, то увидим, что он определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов, т.е. лиц, признанных таковыми в установленном порядке. Понятие реабилитации в этом законе более широкое в сравнении с Законом об основах охраны здоровья. В силу ст. 9, реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация инвалидов включает в себя, помимо медицинской реабилитации, также социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию.

В то же время в основе большинства социальных проблем инвалидов лежат факторы, обусловленные нездоровьем, нарушением здоровья в той или иной степени. В этой связи на первое место должны быть поставлены собственно медицинские вопросы. Их решение, как правило, полностью снимает и социальные проблемы этой категории граждан. Лишь в небольшом числе случаев социальные проблемы выходят на первый план.

Однако модель МСЭ данную связь в полной мере не учитывает. Между специалистами

сферы здравоохранения и социальной защиты возникает непонимание. Сферы «ответственности» четко не определены. Следует также заметить, что ключевые вопросы, от которых зависит эффективность реабилитации и проч., решаются в условиях дефицита времени, «между прочих дел» (проведение обязательных исследований, заполнение документации и др.). В связи с этим получаемые гражданами рекомендации либо неэффективны, либо попросту ошибочны. Можно ли всерьез говорить о той или иной траектории лечебного процесса, реабилитации, если специалист видит гражданина, его медицинскую и иную документацию в первый и, возможно, в последний в своей практике раз? Даже лечащие врачи, которые ведут пациента неделями, месяцами, иногда годами, не застрахованы от врачебных ошибок, неправильных диагнозов, назначений, рекомендаций [32].

Указанная выше схема носит общий характер, не учитывая также в полной мере прогноза (медицинского, социального) ряда заболеваний (патологических процессов). Например, в ст. 36 Закона об основах охраны здоровья впервые было закреплено понятие паллиативной медицинской помощи.

Как показывает анализ дефиниции<sup>1</sup>, паллиативная медицинская помощь – это комплекс медицинских вмешательств и иных мероприятий психологического и иного характера, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, поддержание функций организма, улучшение качества жизни больного.

Такие больные в настоящее время являются неизлечимыми. Они должны в специальном (ускоренном) порядке получать инвалидность, следовательно, причитающиеся им льготы, лекарственные препараты и др. Однако о реабилитации речь уже идти не может. Порядок организации паллиативной медицинской помощи, перечень медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи, порядки, стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) паллиативной медицинской помощи должны отдельно прописываться для такой категории больных уполномоченным феде-

<sup>1</sup> Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение: сб. док. ВОЗ и ЕАПП. М.: Р. Валент, 2014. 180 с.

ральным органом исполнительной власти<sup>1</sup>. Кроме того, гражданам, которым, в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан, оказывается паллиативная медицинская помощь, а также нуждающимся членам их семей должен предоставляться в установленном порядке определенный набор социальных услуг.

Помимо неизлечимо больных граждан, изъятия, исключения могут быть признаны необходимыми, обязательными и для некоторых других групп граждан-инвалидов. Речь может идти о детях-инвалидах, инвалидах по некоторым психическим заболеваниям и др. В этой связи указанная выше схема должна быть скорректирована.

В любом случае для изменения неэффективных, изживших себя подходов к реабилитации инвалидов требуется решить ряд организационных, технических и иных вопросов, а также наладить надлежащее информационное обеспечение такой системы. Новая система может строиться на в целом известных принципах социального обслуживания (преимущества, взаимодействия, дифференциации) [31, с. 326], но они должны получить четкое организационное и правовое обеспечение, быть ориентированными на достижение целевых показателей эффективности.

#### **Порядок разработки индивидуальной программы реабилитации / абилитации**

В настоящее время вопросы реабилитации инвалидов на федеральном уровне затрагиваются также в приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абили-

тации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»<sup>2</sup>, в приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 15 октября 2015 г. № 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы»<sup>3</sup>.

В основном ими регулируются порядок разработки индивидуальной программы реабилитации и порядок ее реализации, а также межведомственного взаимодействия. Следует заметить, что реализация такой программы в основном сводится к направлению соответствующей выписки в задействованные на отдельных этапах (элементах) программы органы (в т. ч. субъектов РФ).

При этом, как показал анализ региональных моделей реабилитации, а также маршрутизации граждан при реабилитации, большинство из них не имеют должного нормативного закрепления, что, с одной стороны, позволяет легко настраивать, изменять на уровне региона отдельные элементы таких моделей, с другой — делают их непрозрачными, неподконтрольными, усложняют защиту прав и охраняемых законом интересов граждан.

Нормы регионального законодательства нередко носят самый общий либо декларативный характер, не привносят ничего нового, конкретного в правовое регулирование рассматриваемой группы общественных отношений. Например, согласно ч. 1 ст. 21 закона г. Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальной помощи населению и социальной помощи в городе Москве»<sup>4</sup>, социально-реабилитационные услуги в организациях социального обслуживания предоставляются инвалидам в соответствии с федеральным законода-

<sup>1</sup> *Об утверждении* Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению: приказ М-ва здравоохранения РФ от 14 апр. 2015 г. № 187н // Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) 12 мая 2015 г.; *Об утверждении* Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям: приказ М-ва здравоохранения РФ от 14 апр. 2015 г. № 193н // Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) 15 мая 2015 г.; *Об организации* медицинской помощи пациентам паллиативного профиля [Электронный ресурс]: письмо М-ва здравоохранения РФ от 28 мая 2015 г. № 17-9/10/2-2519. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

<sup>2</sup> Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) 1 авг. 2017 г.

<sup>3</sup> Там же. 14 дек. 2015 г.

<sup>4</sup> Тверская, 13. 2008. № 97.

тельством. Частично нивелируют данный недостаток регионального законодателя следующие подзаконные акты: постановление Правительства Москвы от 8 июня 1999 г. № 514 «О создании Государственной службы реабилитации инвалидов г. Москвы»<sup>1</sup>; распоряжение Правительства Москвы от 28 июня 2006 г. № 1175-РП «О дополнительных мерах по завершению создания специализированного базового центра реабилитации инвалидов»<sup>2</sup>.

В отношении отдельных реабилитационных мероприятий в некоторых субъектах РФ предпринимаются попытки нормативно закрепить положения, в которых с большей или меньшей детализацией определены порядок и реперные точки реабилитации инвалидов<sup>3</sup>.

Вне зависимости от наличия (отсутствия) на региональном уровне нормативных правовых актов, опосредующих рассматриваемые отношения, реабилитация инвалидов остается слабым звеном системы [40, с. 181–186]. Должных организационных механизмов реабилитации, ориентированных на конечный результат (а не на сам процесс), достижение определенных интегративных и иных показателей [19, с. 35–38], до настоящего времени не создано.

Как правило, инвалиды получают ограниченный набор услуг (в зависимости от имеющихся местных особенностей, сил и средств, ресурсов) [39, с. 58–62], быстро теряют интерес к предлагаемым (имеющимся) программам реабилитации, довольствуясь реально осязаемыми гарантиями и льготами (пенсией, компенсациями и др.), что в дальнейшем ведет к серьезным проблемам социализации инвалидов [20, с. 339–343] в российском обществе. Отдельными авторами даже выделяются группы социальных и правовых барьеров, влияющих на роль инвалидов в обществе [12, с. 635–644]. Снять эти барьеры возможно только при комплексном подходе к вопросам реабилитации, шире – социализации инвалидов. Для этого необходимо преодоление узковедомственного подхода к решению проблем инвалидов, что, по сути, требует создания доступной сети органи-

заций различных организационно-правовых форм, оказывающих такого рода услуги, с определением количественных и качественных показателей эффективности их работы.

В отдельных случаях «вход в систему», получение инвалидности обусловлены проблемами несогласованности законодательства об охране здоровья граждан, социальной защите, лекарственном обеспечении.

Основным инструментом в работе подавляющего большинства врачей являются лекарственные препараты для медицинского применения. Инвалиды получают сразу несколько лекарств, часть из которых являются дорогостоящими. При этом действующее законодательство о лекарственном обеспечении населения в настоящее время далеко от совершенства. Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи касаются ограниченного круга заболеваний<sup>4</sup>. Назначение и применение лекарственных препаратов в рамках имеющихся гарантий распространяется в основном на больных стационаров (в т. ч. дневных). Более 90% населения получают медицинскую помощь в амбулаторных условиях. При этом большинство из них вынуждены приобретать лекарства за свой счет. Инвалиды, в соответствии со ст. 6.1 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»<sup>5</sup>, а также иными федеральными и региональными актами, имеют право на бесплатное либо льготное обеспечение рядом лекарств [26].

Несмотря на запутанность законодательства о лекарственном обеспечении, фактические сложности в ряде регионов с получением лекарств со скидкой или бесплатно, граждане-инвалиды активно реализуют, отстаивают свои права на лекарственное обеспечение, что позволяет им поддерживать здоровье. Вопросы реабилитации отходят на второй план. Кроме того, граждане понимают, что утрата статуса инвалида, как правило, ведет к потере права на соответствующее лекарственное обеспечение, что, неминуемо приведет либо к отказу от при-

<sup>1</sup> Тверская, 13. 1999. № 43.

<sup>2</sup> Вестник мэра и Правительства Москвы. 2006. № 40.

<sup>3</sup> *Об организации комплексных реабилитационных мероприятий инвалидам с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга* [Электронный ресурс]: приказ Департамента социальной защиты населения г. Москвы от 15 мая 2015 г. № 405. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

<sup>4</sup> *О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов*: постановление Правительства Рос. Федерации от 8 дек. 2017 г. № 1492 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2017. № 51, ст. 7806.

<sup>5</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 1999. № 29, ст. 3699.

обретения лекарств за свой счет в силу их дороговизны (следствие – ухудшение здоровья, новый «вход в систему»), либо к существенному ухудшению их материального положения, следовательно, качества жизни и состояния здоровья, что также может вести к инвалидности.

Данная проблема может быть решена лишь в случае изменения подходов к лекарственному обеспечению населения (встраивание лекарственного обеспечения в медицинскую помощь на всех ее этапах, внедрение лекарственного страхования и др.). В настоящее время из закрепленных в ст. 2 Закона об основах охраны здоровья определений понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» автоматически не следует, что ими предусматривается получение лекарственных препаратов для медицинского применения [29, с. 5].

### **Правовое положение общественных организаций инвалидов**

Предваряя рассмотрение вопроса об общественных организациях инвалидов, следует заметить, что нормативно-правовое регулирование МСЭ односторонне, имеет выраженный крен в сторону регулирования отдельных аспектов деятельности органов власти, управления, организаций МСЭ. Вопросы определения правового положения граждан, механизмов, способов реализации и защиты их прав они не содержат, на что обращается внимание в специальной литературе [30, с. 3–11]. Однако данная категория граждан является наиболее уязвимой и социально не защищенной, требует пристального внимания государства с позиций реализации его социальной функции в праве [38, с. 143], федеральном и региональном законодательстве.

Часть из названных не урегулированных на федеральном уровне вопросов можно решить на уровне субъектов РФ. Кроме того, в широком смысле вопросы защиты прав инвалидов могут также решаться институтами гражданского общества, а также и предпринимательскими средствами (при развитии в стране социального предпринимательства) [24, с. 6–10].

Правовое положение общественных организаций инвалидов, их компетенция определены федеральным законодательством, отдельные аспекты деятельности – локальными (автономными) актами таких организаций.

В соответствии с п. 1 ст. 123.4 ГК РФ, общественными организациями признаются доб-

ровольные объединения граждан, объединившихся в установленном законом порядке на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей, для представления и защиты общих интересов и достижения иных не противоречащих закону целей.

Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ «Об общественных объединениях»<sup>1</sup> под общественным предлагает понимать учрежденное на членстве объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей объединившихся граждан.

Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»<sup>2</sup> прямо указывает на такую форму, как общественная организация.

Несмотря на некоторые отличия в дефинициях общественной организации (ГК акцентирует внимание на удовлетворении определенных потребностей, а специальный федеральный закон – на совместной деятельности), для такой организации в целом характерно решение отдельных общих задач (некоммерческого характера) объединившихся лиц (членов).

В связи с изложенным нельзя не упомянуть ст. 33 Закона о социальной защите, согласно которой общественными организациями инвалидов признаются организации, созданные инвалидами и лицами, представляющими их интересы, в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей, решения задач общественной интеграции инвалидов, среди членов которых инвалиды и их законные представители (один из родителей, усыновителей, опекун или попечитель) составляют не менее 80 процентов, а также союзы (ассоциации) указанных организаций.

В данной норме получают большую конкретизацию задачи общественных организаций инвалидов, а также установлен критерий отнесения такой организации к общественной организации инвалидов.

Анализ локальных актов общественных организаций, в т. ч. общественных организаций инвалидов, показывает, что в целом в них дублируются положения федерального законода-

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 1995. № 21, ст. 1930.

<sup>2</sup> Там же. 1996. № 3, ст. 145.

тельства о защите прав и законных интересов инвалидов, достижении иных задач инвалидов.

Нельзя также не назвать ст. 14.1 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»<sup>1</sup>, в силу которой органам местного самоуправления предоставлено право оказывать поддержку общественным объединениям инвалидов.

Помимо деятельности по решению прямо названных в самом общем виде федеральным законодателем задач общественных организаций инвалидов в специальной литературе подчеркивается их положительная роль в: осуществлении курса реабилитации инвалидов или его отдельных этапов [5, с. 117–121]; установлении активного межведомственного взаимодействия, что позволяет снять ряд проблем в процессе реабилитации инвалидов [33, с. 35–37]; ускорении интеграции инвалидов в гражданское общество [10, с. 96–103]; повышении качества оказываемой помощи [2, с. 70–77].

Как можно убедиться, характер и объем решаемых общественными организациями инвалидов задач может быть различным: от представительства интересов инвалидов и защиты их прав до широкого спектра оказываемых инвалидам услуг (реабилитационных, консультационных, представительства, правовых и др.).

#### **Социально ориентированным некоммерческим организациям и их роль в социальной и трудовой интеграции инвалидов**

В этой связи представляет несомненный интерес дефиниция «социально ориентированные некоммерческие организации». Под такими организациями понимают некоммерческие организации, созданные в отдельных организационно-правовых формах (в т.ч. в форме общественной организации), осуществляющие деятельность, направленную на решение социальных проблем, развитие гражданского общества, а также осуществляющие ограниченный перечень видов деятельности, в т.ч.: социальное обслуживание, социальная поддержка и защита граждан; деятельность в области здравоохранения, профилактики и охраны здоровья граждан, улучшения морально-психологического состояния граждан; мероприятия по медицинской реабилитации и социальной реабилитации, со-

циальной и трудовой реинтеграции лиц, осуществляющих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ.

Социально ориентированным некоммерческим организациям при определенных условиях может оказываться в установленных формах поддержка<sup>2</sup>.

Следует заметить, что пока прямое указание на реабилитацию относится лишь к лицам, осуществляющим незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ. Полагаем, что необходимо в целом указание на реабилитацию как вид деятельности.

В связи с изложенным статус общественных организаций инвалидов нуждается в уточнении, на что обращается внимание в литературе [14, с. 78–83].

На основе проведенного исследования представляется возможным сделать следующие выводы:

– нуждается в совершенствовании система управления органами и организациями сферы МСЭ и реабилитации инвалидов;

– необходима модернизация модели МСЭ и реабилитации, заключающаяся в оптимизации маршрута движения граждан (предусмотреть наряду с общим маршрутом также неполные (сокращенные) пути (в зависимости от возраста, пола, прогноза заболевания и др.);

– управление процессами МСЭ и реабилитации инвалидов нуждается в реформировании (ревизия, оптимизация, упрощение) с одновременным внедрением новых технологий (организации, информационного обеспечения), допуском на рынок новых участников;

– требуется создание действенных механизмов лекарственного обеспечения широких слоев населения, что позволит снизить нагрузку на систему в целом, а также численность инвалидов;

– следует дифференцировать общественные организации инвалидов исходя из решаемых ими задач, видов осуществляемой экономической деятельности, что позволит оказывать адресную поддержку таким организациям, стимулировать развитие рынка реабилитационных и иных услуг, оказываемых инвалидам.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2003. № 40, ст. 3822.

<sup>2</sup> О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям: постановление Правительства Рос. Федерации от 23 авг. 2011 г. № 713 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 35, ст. 5097; Об имущественной поддержке социально ориентированных некоммерческих организаций: постановление Правительства Рос. Федерации от 30 дек. 2012 г. № 1478 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2013. № 2, ст. 85.

**Предложения по совершенствованию  
организационно-правового обеспечения  
медико-социальной экспертизы  
в Российской Федерации**

В теории условно выделяют три модели реализации законодательства применительно к той или иной группе общественных отношений: консервативную, негативную, оптимистическую [28]. Иногда также говорят о радикальном, или революционном, подходе к решению возникших проблем той или иной модели, предполагающем не ее модернизацию, коррекцию, а ее слом.

Консервативная модель основывается на сохранении основных параметров правового регулирования. Основные характеристики такой модели:

– встроенность норм, регулирующих рассматриваемую группу правоотношений в уже существующее законодательство (преимущественно о социальном обслуживании и об охране здоровья граждан);

– рамочный характер правового регулирования, задаваемый нормами отраслевых федеральных законов; основной массив норм представлен ведомственными актами;

– преобладание узковедомственного подхода к регулированию отдельных отношений, необходимость установления межведомственного взаимодействия для практического решения возложенных на государственные органы различного уровня задач;

– финансирование проводимых мероприятий по медико-социальной экспертизе, реабилитации и др. в основном за счет средств бюджетов соответствующего уровня;

– отсутствие серьезных, прорывных гражданских и бизнес-инициатив в исследуемой сфере, сохранение патерналистской модели поведения инвалидов;

– высокий уровень конфликтности в рассматриваемой сфере (фактическая невозможность реализовать отдельными гражданами гарантированные им законодательством права, завышенные ожидания и проч.).

В рамках консервативной модели достаточно принятия норм, более точно закрепляющих (фиксирующих) действующую модель МСЭ и реабилитации, уточняющих общих, а также иные пути маршрутизации граждан и др. Кроме того, необходима дальнейшая оптимиза-

ция межведомственного взаимодействия как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Дальнейшая фиксация консервативной модели может потребовать развития отдельных положений федерального законодательства; принятия на региональном уровне специальных актов, опосредующих отношения в связи с проведением медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, а также механизмов, задач, способов взаимодействия с общественными организациями инвалидов.

Анализируемое законодательство фактически уже развивается по этому пути. Следует, в частности, назвать следующие акты, которыми вносились дополнения в гл. 2 Закона о социальной защите:

– Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” и “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”»<sup>1</sup>;

– Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»<sup>2</sup>;

– Федеральный закон от 5 декабря 2017 г. № 392-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам совершенствования проведения независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы»<sup>3</sup>.

Основным документом, опосредующим рассматриваемые отношения в рамках консервативной модели, является в настоящее время не закон, а подзаконный акт – постановление

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2004. № 35, ст. 3607.

<sup>2</sup> Там же. 2014. № 49, ч. 4, ст. 6928.

<sup>3</sup> Там же. 2017. № 50, ч. 3, ст. 7563.

Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом». Однако данный документ, как следует из его наименования, определяет лишь порядок и условия признания лица инвалидом. Следует также заметить, что за период действия постановления, в него были внесены девять изменений.

Значительное количество изменений и дополнений вносились и в другие нормативные правовые акты федерального и регионального уровней, что свидетельствует о недостаточной эффективности существующей модели, невысоком качестве нормативной правовой базы, регулирующей МСЭ в России, а также реабилитацию инвалидов и иные, тесно связанные с названными вопросы.

Негативная модель не предполагает какого-либо существенного вмешательства в исследуемую группу отношений.

Основные характеристики такой модели:

- фактическое замораживание (блокировка) отношений на том уровне, на котором они находятся;
- постепенное отчуждение народа от государственных институтов.

Такая модель нежизнеспособна в обозримой перспективе. Длительность жизненного цикла модели зависит от степени напряженности, сбалансированности, конфликтности группы регулируемых отношений. Проблемы инвалидов, численность которых составляет значительный процент от населения страны (по разным оценкам – от 8 до 10%), – одна из чувствительных сфер [6, с. 5–8], которая не может оставаться без внимания Президента РФ<sup>1</sup>, законодателя, органов исполнительной власти различного уровня.

Оптимистическая модель предполагает существенное повышение эффективности отдельной группы правоотношений или групп связанных правоотношений.

Для нее в целом характерно:

- признание группы отношений важной, приоритетной, действительное наполнение гарантированных прав граждан конкретным содержанием, подкрепленное соответствующими правовыми механизмами и правовыми средствами;

- более активное вовлечение в решение существующих задач граждан, институтов гражданского общества, бизнеса, а не только узкого круга органов власти и управления, отдельных общественных организаций (преимущественно самих инвалидов);

- постепенное снижение бюджетных трат на реабилитацию инвалидов, их трудоустройство и др.;

- систематизация федерального законодательства (снятие противоречий, устранение коллизий, пробелов в правовом регулировании), его синхронизация (обновление и создание новых актов в субъектах РФ).

Нами также упоминался радикальный, или революционный, подход к решению существующих проблем рассматриваемой сферы, фактически предполагающий полный слом существующей модели. Так, Общероссийская общественная организация «Лига защитников пациентов» в лице ее президента А. В. Саверского озвучила инициативу, направленную на ликвидацию МСЭ и передачу ее полномочий врачебным комиссиям медицинских организаций. Такой радикальный подход, полагают авторы, позволит: снизить социальную напряженность и конфликтность; исключить фактическое дублирование функций врачебных комиссий и МСЭ; приблизить к населению структуру, решающую вопрос о признании гражданина инвалидом; сократить сроки признания инвалидом; сократить издержки<sup>2</sup>.

В качестве положительного примера приводится опыт США как страны, в которой соответствующие функции переданы лечащим врачам медицинских организаций.

На наш взгляд, в таком подходе есть рациональное начало, так как, действительно, при правильной организации МСЭ, изменении функционала врачебных комиссий, их усилении другими специалистами (немедицинского профиля) они, в принципе, в состоянии справиться с поставленными задачами. В любом случае они лучше знают освидетельствуемого (подэкспертного), владеют наиболее полным и точным анамнезом его жизни и болезни, являются наиболее приближенными к гражданину, нуждающемуся в признании инвалидом.

<sup>1</sup> Встреча Президента Российской Федерации В.В. Путина с представителями общественных организаций и профессиональных сообществ инвалидов // Инвалиды и общество. 2017. № 4. С. 3–22.

<sup>2</sup> URL: <http://ligap.ru> (дата обращения: 21.08.2018).



Находясь в границах существующей модели МСЭ либо даже при ее сломе – в любом случае необходимо ставить вопрос об обстоятельной регламентации данной сферы экспертной деятельности. Без этого сложно вести речь о стабильном функционировании МСЭ, кем бы она не осуществлялась.

Закон об основах охраны здоровья граждан называет ряд медицинских экспертиз, отличающихся друг от друга по основаниям, решаемым задачам и др.

Из медицинских экспертиз наиболее урегулированными являются судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы. Порядок назначения и производства таких экспертиз, правовое положение эксперта и др. закреплены процессуальными кодексами (ГПК РФ, УПК РФ и др.), а также Федеральным законом от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»<sup>1</sup>. Довольно обстоятельно регулируется порядок производства военно-врачебной экспертизы (одной из первых медицинских экспертиз, получивших свое развитие в связи с формированием при Петре I регулярных армии и флота) [17, с. 18–37].

К числу менее урегулированных относится медико-социальная экспертиза. Достаточно сравнить содержание ст. 60 и 61 Закона об основах охраны здоровья. Статья 60 состоит из двух частей, каждая из которых включает по одному предложению. По сути ее посредством ограничивается МСЭ в ряду других экспертиз. В дальнейшем мы видим отсылку к законодательству РФ о социальной защите инвалидов. В свою очередь, Закон о социальной защите дает: законодательное понятие медико-социальной экспертизы; в самом общем виде правовые основы деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и их задачи; порядок и процедуры проведения независимой оценки качества оказываемых услуг учреждениями медико-социальной экспертизы. Большинство же организационных, методических и иных вопросов, в той или иной мере, фрагментарно затрагивающих права граждан (инвали-

дов, подэкспертных и др.), регулируются подзаконными актами<sup>2</sup>.

Как пишет Г. Б. Романовский, порядок проведения медико-социальной экспертизы демонстрирует однобокий подход [30, с. 7]: в основном регулируется деятельность соответствующих органов и учреждений; граждане, их права и механизмы защиты теряются из виду. На отсутствие внимания законодателя к правам отдельной, наиболее уязвимой категории граждан и их реализации обращают внимание и другие ученые [22].

Статья 61 Закона об основах охраны здоровья включает в свой состав девять частей. Кроме того, следует обратить внимание на постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»<sup>3</sup>, включающее в свой состав сто три пункта и приложения. Упомянутое ранее постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» состоит из сорока шести пунктов, часть из которых отсылает нас к иным подзаконным актам либо содержит формулировки, допускающие их различную трактовку.

Например, согласно п. 15 анализируемых Правил, гражданин направляется на МСЭ медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение либо органом социальной защиты населения.

Из текста документа не ясно, каким образом происходит такое направление, какое значение имеет согласие (несогласие) лица быть направленным на такую экспертизу. Однако

<sup>2</sup> Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы: приказ М-ва труда и социальной защиты РФ от 11 окт. 2012 г. № 310н // Российская газета. 2012. № 301; Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы: приказ М-ва труда и социальной защиты РФ от 29 янв. 2014 г. № 59н // Там же. 2014. № 151; Об утверждении требований к содержанию и форме предоставления информации о деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, размещаемой на официальных сайтах федеральных учреждений медико-социальной экспертизы в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: приказ М-ва труда и социальной защиты РФ от 28 февр. 2018 г. № 122-а-н // Офиц. интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 21 мая 2018 г.

<sup>3</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2013. № 28, ст. 3831.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2001. № 23, ст. 2291.

этот вопрос имеет важное процедурно-процессуальное значение, от его правильного решения зависит возможность реализации целого комплекса прав гражданина.

Направление на МСЭ сопряжено со значительным числом дефектов (недооценка степени имеющихся нарушений функций и систем организма, направление лиц с благоприятным прогнозом, отсутствие необходимых для принятия отдельных решений сведений в медицинской документации и др.) [41, с. 19–21].

Неконгруентность системы организации МСЭ и системы (структуры) медицинских организаций на местах приводит к рассогласованности действий, росту затрат (временных, финансовых и др.) и числа конфликтов. Так, авторы одной из публикаций приводят следующий пример из практики. Больной из отдаленного поселка для прохождения обследования и оформления направления на медико-социальную экспертизу должен при лучшем для него раскладе: 3–4 раза посетить Сокольскую ЦРБ; 1–2 раза – Городецкую ЦРБ; 1 раз – областной диагностический центр в Нижнем Новгороде; 1 раз – Городецкое бюро медико-социальной экспертизы. Преодолеваемое расстояние при этом составляет от 640 до 1020 км [7, с. 17–19].

В XXI веке, при активном развитии информационных и иных технологий, повсеместной цифровизации, широком внедрении принципа «одного окна» при предоставлении широкого круга государственных услуг, такое положение дел представляется недопустимым.

В современных условиях не существует каких-либо серьезных технических, организационных, правовых препятствий для сокращения числа личных контактов больного (его представителя) с должностными лицами различного уровня, упрощения имеющихся процедур. Это вопрос, прежде всего, технический (разработка и внедрение под определенную модель МСЭ информационной системы). С позиций права достаточно принятия норм, определяющих порядок информационного обмена, взаимодействия субъектов системы и иных ее участников, ответственность деликвента за допущенные правонарушения, волокиту и проч.

Оптимизация исследуемых процессов также позволяет снизить уровень коррупции и других должностных и служебных преступле-

ний в рассматриваемой сфере [1, с. 87–95]. Даже лица, имеющие все основания быть признанными инвалидами в соответствии с действующим законодательством, получать те или иные гарантии, льготы иногда вынуждены идти на те или иные правонарушения, вступать в «неформальные» контакты с «посредниками», специалистами и руководителями учреждений МСЭ<sup>1</sup>.

В литературе обращается внимание на следующие основные проблемы: сложности получения статуса инвалида; широкое усмотрение врачей-экспертов при неопределенности, размытости критериев, используемых при осуществлении МСЭ [9, с. 11–14]; обжалование решения МСЭ [30, с. 3–11].

Укрупненно их можно свести в два блока: проблемы объективности экспертных заключений; проблемы определения правового положения граждан – участников рассматриваемых правоотношений (пациентов, освидетельствуемых, подэкспертных).

Экспертное заключение – важный документ, основной источник информации, которым руководствуются при принятии решения, имеющего юридическое значение. В связи с этим вопросам полноты, обоснованности заключений МСЭ должно уделяться достаточное внимание.

Профессиональный анализ полноты экспертного заключения и его обоснованности является довольно сложной задачей. В данной ситуации немаловажная роль в случае возникшего конфликта отводится вышестоящей МСЭ. Заинтересованная сторона может указать на наличие тех или иных недостатков, неточностей, противоречий, на неприменение необходимых, на взгляд заявителя, методов исследования, методик и т.п. при проведении МСЭ. Определенную роль могут сыграть независимая МСЭ, а также заключение независимого специалиста.

Нами не разделяется подход, согласно которому в литературе и даже нормативных правовых актах используется словосочетание «независимая экспертиза». Экспертиза по своей сути не может быть зависимой, в противном случае это не экспертиза, не документ, отве-

<sup>1</sup> Глава бюро экспертизы в Дагестане за взятки делала здоровых детей инвалидами // Первое Антикоррупционное СМИ. 24 мая 2018.

чающий предъявляемым законодательством требованиям, по сути – недопустимое доказательство [21, с. 15–18]. Правильнее вести речь об иной, внешней, «независимой» от ведомства, проводивших исследования лиц экспертизе и т.п. Однако в связи с широким использованием данного словосочетания в дальнейшем оно будет использовано нами за неимением устоявшегося в доктрине термина, точно определяющего этот статус.

Большое значение в экспертологии придается и вопросам компетенции эксперта, специальным пределам (границам) экспертного познания, обусловленным разработанностью (не разработанностью) методик, методов, приемов, а также возможностями самой науки (медицинской, биологической и др.) и техники на данном этапе их развития [23, с. 161]. Эксперт помимо общепрофессиональной (по определенной врачебной специальности) должен иметь и специальную (экспертную) подготовку, применяемые методы, методики, приемы должны быть известными, понятными всем экспертам соответствующей сферы (области), а полученные результаты – проверяемы.

Не менее важное значение для получения объективного заключения, помимо компетенции эксперта, проводящего МСЭ, а также полноты и правильности используемых (применяемых) им методик, методов, приемов познания действительности имеет вопрос о его объективной незаинтересованности, независимости.

Так, законодатель не допускает участия эксперта в уголовном, гражданском и ином судопроизводстве, если он лично, прямо или косвенно заинтересован в исходе дела или имеются иные обстоятельства, вызывающие сомнения в его беспристрастности.

Нельзя также не упомянуть о ст. 307 УК РФ, предусматривающей уголовную ответственность эксперта за дачу заведомо ложного заключения.

Представляет интерес появление и в КоАП РФ ст. 19.26, в силу которой стало возможным привлечение отдельных экспертов (при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля, а также эксперта по аккредитации, технического эксперта к административной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Кроме того, для эффективной реализации возложенной на эксперта обязанности по производству экспертизы, дачи экспертного заключения последний наделяется конкретными правами.

Для выполнения своей процессуальной функции ГПК РФ наделяет эксперта правами: знакомиться с материалами дела; участвовать в судебном разбирательстве; просить суд о представлении ему дополнительных материалов и документов для исследования; отказаться от дачи заключения, если представленные материалы недостаточны или он не обладает необходимыми знаниями для выполнения экспертной задачи.

Согласно ст. 17 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»<sup>1</sup>, эксперт вправе: ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов; делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний; обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Важным представляется также закрепленное ст. 18 анализируемого Закона положение, согласно которому экспертному учреждению не может быть поручено производство судебной экспертизы, а в случаях, когда указанное производство начато, оно немедленно прекращается, если установлены обстоятельства, подтверждающие заинтересованность в исходе дела руководителя данного учреждения. Обусловлено это тем, что даже при наличии автономии эксперта как субъекта процессуальных правоотношений обеспечить его независимость от руководителя организации (которому эксперт подчинен как работник по должности), иногда и иных субъектов, не всегда просто.

В специальной литературе указывалось на проблему воздействия на судебных экспертов со стороны их руководителей либо должностных лиц вышестоящих органов и организаций.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2001. № 23, ст. 2291.

Довольно остро данная проблема стояла, в частности, при производстве судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам [16, с. 84–92]. Доктриной и практикой были выработаны рекомендации по производству таких экспертиз в экспертных учреждениях других регионов либо экспертных организациях другой ведомственной подчиненности (Минюста РФ, Минобороны РФ и др.), негосударственных экспертных организациях и т.п. [15, с. 28–30].

### **Совершенствование правового статуса субъектов медико-социальной экспертизы**

В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 5 декабря 2013 г. № 715н «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист по медико-социальной экспертизе”»<sup>1</sup>, основной целью вида деятельности такого врача является определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты. Каких-либо специальных прав и обязанностей документ не закрепляет.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 октября 2012 г. № 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»<sup>2</sup> закрепляется, что состав специалистов бюро формируется из врачей по медико-социальной экспертизе, психологов, специалистов по реабилитации, а сама медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро. Эксперты, предъявляемые к ним требования, выпадают из внимания разработчиков документа.

Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» не оперирует словом «врач», а категорию «эксперт» использует лишь однажды – в п. 44 применительно к обжалованию гражданином решения главного бюро. В основном в документе применяется слово «специалист».

Следует заметить, что процессуальное законодательство разграничивает таких сведущих лиц, как «эксперт» и «специалист» в связи с выполняемым объемом и характером работ, а главное – их процессуальным положением. На-

пример, наряду с общими для эксперта и специалистами положениями (ст. 10, 16, 18, 19, 20, 35, 94, 95, 113, 171 и др. ГПК) в законе имеются и специальные статьи (187, 188 и др. ГПК), разработанные исходя из единства и дифференциации процессуального положения сведущих лиц (экспертов и специалистов).

Еще меньшую нормативную определенность мы имеем применительно к иным лицам, привлекаемым к производству подобных экспертиз (например, психологов, специалистов по социальной работе и др.).

Как можно убедиться, в документах, регламентирующих деятельность экспертов, проводящих МСЭ, не получили закрепления их права и обязанности, обусловленные спецификой деятельности – дачей заключения, имеющего юридическое значение, влияющего на объем прав, гарантий граждан.

Такой подход не случаен. Согласно ст. 8 Закона о социальной защите, МСЭ осуществляется соответствующими учреждениями, т.е. юридическими лицами. Однако юридическое лицо, в зависимости от того или иного подхода, является фикцией либо особой функциональной системой. В любом случае оно не имеет профессии, не может самостоятельно проводить экспертизы, те или иные исследования. Этим качеством обладают исключительно физические лица (работники организации – юридического лица). Организация обеспечивает условия для реализации работниками их трудовых (служебных) функций.

В качестве примера правильного разграничения экономической деятельности организации на отдельном рынке (в отдельной сфере) и отдельной группы сведущих лиц можно привести положения Федерального закона от 29 июля 1998 г. № 135-ФЗ «Об оценочной деятельности в Российской Федерации»<sup>3</sup>.

Под оценочной деятельностью законодатель понимает профессиональную деятельность субъектов оценочной деятельности, направленная на установление в отношении объектов отдельных видов стоимости (рыночной, кадастровой, ликвидационной, инвестиционной и др.). При этом субъектами оценочной деятельности признаются физические лица (оцен-

<sup>1</sup> Российская газета. 2014. № 21.

<sup>2</sup> Там же. 2012. № 301.

<sup>3</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 1998. № 31, ст. 3813.

щики), соответствующие ряду требований, установленных данным законом.

В связи с изложенным необходимо привести выше указанной формулировки действующего Закона о социальной защите в соответствие с практикой и здравым смыслом. При этом правовое положение эксперта, проводящего МСЭ, должно получить должное нормативное закрепление.

Сегодня исследуемые вопросы фрагментарно регулируются различными законами и подзаконными актами, что позволяет в случае конфликта экспертам и экспертным организациям «уходить от ответственности».

Отсутствие самостоятельности и независимости эксперта при производстве экспертиз позволяет заинтересованным лицам оказывать влияние на итоговые выводы, деформировать их, что недопустимо в правовом государстве.

Не менее значимым для МСЭ и ее объективизации является вопрос о компетентности эксперта в решении поставленных перед ним задач.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 5 декабря 2013 г. № 715н «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист по медико-социальной экспертизе”» закреплены требования к образованию и обучению, а также особые условия допуска к работе (наличие сертификата специалиста по специальности «Медико-социальная экспертиза»)¹.

Следует также обратить внимание на подготовку проекта приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист по медико-социальной экспертизе”»². В пояснительной записке подчеркивается дальнейшее развитие данного вида профессиональной деятельности, что требует и изменений к предъявляемым знаниям и умениям. Однако принципиальных изменений, новаций, Проект не содержит. В частности, с позиций рассматриваемого нами вопроса о независимости эксперта чего только

стоит следующая формулировка: «В своей деятельности врач по медико-социальной экспертизе руководствуется ..., указаниями руководителя бюро медико-социальной экспертизы». Такая формулировка заведомо ставит его не в положение эксперта, лица, самостоятельно (либо в составе комиссии) принимающего юридически значимое решение, а исполнителя.

Нельзя также не обратить внимание на в целом характерную для подзаконных актов вольность, некорректность использования тех или иных специальностей, квалификаций и должностей медицинских работников, на что обращалось внимание в литературе [3, с. 11–23].

Весьма фрагментарно определяются требования к компетенции иных (немедицинских) специалистов МСЭ³.

Одной из предпосылок обоснованного заключения является производство исследования на основе научно обоснованных методик, методов, отвечающих всем требованиям современной науки и техники.

Так, в постановлении Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Доступная среда” на 2011–2020 годы»⁴ в качестве одной из задач закрепляются разработка и внедрение объективных методик освидетельствования. Данный документ не первый, где обращается внимание на необходимость разработки и производства МСЭ на основе отвечающих современным требованиям методик⁵. С одной стороны, документами подчеркивается значимость такой документации для МСЭ, с другой – признается наличие серьезных проблем в этой сфере, заметное отставание с принятием и утверждением таких методик.

<sup>3</sup> *Об аттестации* специалистов с высшим медицинским и психологическим образованием федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, учреждений реабилитации инвалидов, социального обслуживания и протезно-ортопедических предприятий [Электронный ресурс]: приказ Минтруда Рос. Федерации от 3 авг. 2001 г. № 151. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

<sup>4</sup> Собрание законодательства Российской Федерации. 2015. № 49, ст. 6987.

<sup>5</sup> *О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»*: постановление Правительства Рос. Федерации от 13 нояб. 2001 г. № 790 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2001. № 49, ст. 4620.

<sup>1</sup> *Об утверждении* Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»: приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации от 8 окт. 2015 г. № 707н // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) 27 окт. 2015 г.

<sup>2</sup> Подготовлен Минтруда России 12 авг. 2015 г.

Обеспечению объективности и обоснованности экспертных выводов, помимо уже затронутых выше процессуальной независимости и компетентности экспертов, в немалой мере способствуют правовые механизмы возможной последующей оценки уже имеющихся (данных) экспертных заключений.

В процессе (уголовном, гражданском, административном и др.) имеется возможность назначения дополнительных и повторных экспертиз, привлечения специалистов для дачи пояснений и т.п. Законодатель понимает, что, несмотря на наличие правовых и иных гарантий, обеспечивающих независимость эксперта, в работе представителей любых сфер профессиональной деятельности возможны ошибки, те или иные нарушения, погрешности.

Какие же механизмы, исключаящие возможность ошибки, мы имеем применительно к МСЭ?

Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» содержит следующие положения об обжаловании им решения бюро МСЭ: обжалование решения бюро проводится, по общему правилу, в главном бюро МСЭ; обжалование решения главного бюро проводится в федеральном бюро МСЭ; решение обжалуется в месячный срок; по жалобе проводится МСЭ, по его результатам выносится соответствующее решение.

Кроме того, вынесенные решения могут быть обжалованы в судебном порядке.

Более обстоятельно досудебный (внесудебный) порядок обжалования решений предусмотрен в приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 января 2014 г. № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы»<sup>1</sup>. Документ определяет требования к жалобе, порядок и формы ее подачи, а также случаи, в которых такая жалоба может подаваться. Важной представляется попытка закрепления отдельных прав заявителя.

Следует заметить, что в целом внесудебный (административный) порядок защиты прав в настоящее время является недостаточно эффективным. Об этом свидетельствуют офици-

альные статистические данные, сохраняющееся стабильно высоким число жалоб, подаваемых в бюро различного уровня<sup>2</sup>.

Обращение в суд за защитой нарушенных, на взгляд заявителя, прав, также не гарантирует положительного для заявителя результата даже при наличии тех или иных нарушений. По вопросам, требующим специальных знаний, судом назначается экспертиза. Эксперты, проводящие экспертизу, должны отвечать предъявляемым к их статусу требованиям, на что выше уже обращалось внимание. Практика показывает, что лица, обладающие специальными знаниями и навыками (в том понимании, как оно сформулировано в действующих подзаконных нормативных правовых актах о МСЭ) работают в бюро МСЭ различного уровня. Иные специалисты могут быть в профильных научно-исследовательских и образовательных организациях, но широкому кругу судей, адвокатов, тем более обычных граждан, они неизвестны. Кроме того, имеются организационные сложности с их привлечением судом в качестве экспертов. Таким образом, патологический круг замыкается: в качестве экспертов судом назначаются сотрудники бюро МСЭ, хотя и формально юридически не заинтересованные в исходе дела, но находящиеся внутри того же профессионального сообщества (корпорации).

Закон об основах охраны здоровья в ч. 3 ст. 58 закрепляет право граждан на проведение независимой медицинской экспертизы. Порядок и случаи производства такой экспертизы устанавливаются одноименным положением, утверждаемым Правительством РФ. В настоящее время имеется лишь постановление Правительства РФ от 28 июля 2008 г. № 574 «Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе».

Данная проблема известна регулятору, в связи с чем им предлагается внесение в Федеральный закон об основах охраны здоровья положений о независимой медико-социальной экспертизе, а также разработка положения о независимой медико-социальной экспертизе<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы: постановление Правительства Рос. Федерации от 1 дек. 2015 г. № 1297 // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2015. № 49, ст. 6987.

<sup>3</sup> План мероприятий («Дорожная карта») по совершенствованию государственной системы медико-социальной

<sup>1</sup> Российская газета. 2014. № 151.

До настоящего времени данная работа не завершена, соответствующие акты не приняты.

Права граждан в сфере МСЭ до настоящего времени комплексно и непротиворечиво не определены в действующих нормативных правовых актах, регулирующих МСЭ.

Права граждан в сфере МСЭ, которые получили закрепление:

- в случае если медицинская организация либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой гражданин имеет право обратиться в бюро самостоятельно;

- гражданин имеет право на ознакомление с актом МСЭ;

- гражданин имеет право на ознакомление с протоколом проведения МСЭ;

- гражданин (его законный или уполномоченный представитель) имеет право пригласить любого специалиста с его согласия для участия в проведении МСЭ с правом совещательного голоса<sup>1</sup>;

- получатель государственной услуги вправе подать жалобу на действия (бездействие) учреждений МСЭ<sup>2</sup>.

Как можно убедиться, в действующих реалиях речь идет лишь о праве знакомиться с соответствующими материалами, документами МСЭ, а также обжалования действий, бездействия, нарушающих права граждан.

### Выводы

В связи с изложенным, представляется необходимым:

- законодательное закрепление модели МСЭ на ближайшую перспективу с учетом ее приближения к населению, большей гибкости, оперативности;

- обстоятельная регламентация порядка производства МСЭ;

- закрепление порядка и процедур информационного обеспечения, обмена информацией для целей МСЭ;

- определение каталога обязанностей и прав эксперта, специалиста и иных лиц, участвующих в производстве МСЭ;

- закрепление порядка и процедур обжалования (оспаривания) результатов МСЭ, иных действий (бездействий) органов и должностных лиц в связи с производством МСЭ;

- определение каталога прав и обязанностей лиц, проходящих МСЭ (от их направления на МСЭ, до получения соответствующего заключения и проч.);

- разработка положения о независимой МСЭ.

Масштабность, сложность и комплексность задач по совершенствованию МСЭ в стране обуславливают некоторую этапность в принятии и реализации соответствующих решений.

На первом этапе необходимо решение следующих задач:

- дальнейшее совершенствование действующей модели МСЭ с учетом необходимости уточнения процессов маршрутизации граждан, цифровизации большинства процессов в сфере МСЭ, оптимизации межведомственного взаимодействия и т.д.;

- закрепление прав и обязанностей основных субъектов данного процесса (в первую очередь граждан и экспертов МСЭ);

- внедрение в практику механизмов защиты прав граждан в системе МСЭ, в т.ч. посредством развития института независимой МСЭ.

В качестве основных документов могут выступить Федеральный закон о внесении изменений и дополнений в Закон о социальной защите и Закон об основах охраны здоровья, Положение о МСЭ, в т. ч. о независимой МСЭ, акты министерств.

Кроме того, представляется желательной реализация в нескольких субъектах РФ пилотных проектов по передаче полномочий МСЭ на региональный уровень, передаче функций МСЭ на уровень врачебных комиссий медицинских организаций (отобранных по заранее установленным критериям: профиль, уровень, владение современными медицинскими и информационными технологиями и др.).

экспертизы на период до 2020 года: утв. М-вом труда и социальной защиты РФ 20 мая 2017 г.

<sup>1</sup> П. 19, 27.1, 29.1 постановления Правительства РФ от 20 февр. 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

<sup>2</sup> П. 145 приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 янв. 2014 г. № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы».

Результаты пилотных проектов позволят скорректировать обновленную модель МСЭ либо вовсе отказаться от нее, что потребует серьезных изменений в действующем законодательстве.

Результаты первого этапа позволят приступить к подготовке проекта Федерального закона «О медико-социальной экспертизе в Российской Федерации», которым должны быть заложены организационные, финансовые, правовые и иные основы для внедрения и функционирования новой модели МСЭ.

### Библиографический список

1. Букалерева Л. А., Полукаров А. В., Куракин А. В. О необходимости повышения эффективности правового противодействия коррупции в социальной сфере // Современное право. 2017. № 1.
2. Власов Я. В., Курапов М. А., Чураков М. В. Роль пациентских общественных организаций в повышении качества оказания медицинской и социальной помощи населению (на примере общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом) // Вестник Росздравнадзора. 2011. № 5.
3. Габай П. Г. «Правовая формула» квалификационных требований к врачам-специалистам: корректность, проблемы, пути решения // Медицинское право. 2016. № 4.
4. Герман С. В. Основные проблемы при направлении граждан на медико-социальную экспертизу организациями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь, и пути их решения // Современные проблемы медицины: теория и практика: материалы междунар. заочной науч.-практ. конф. (5 ноября 2012 г.). Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2012.
5. Головкин С. Г. Реабилитационные возможности общественных организаций инвалидов в региональной социальной политике // Отечественный журнал социальной работы. 2010. № 1.
6. Гусева Н. К., Герман С. В. Влияние законотворческого процесса в сфере социальной политики на уровень и динамику первичной инвалидности в Российской Федерации и Нижегородской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2010. № 2.
7. Гусева Н. К., Дютова М. В., Соколов В. А., Соколова И. А. Некоторые проблемы медико-социальной экспертизы и анализ возможностей их решения // Медицинский альманах. 2015. № 4.
8. Давыдова Ю. В., Ключина Е. А., Самойленко А. Б. Проблемы доступности и качества медицинского обслуживания // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3, № 11.
9. Данилова С. Г., Панов А. В. О соотношении правовой регламентации и свободы усмотрения при проведении медико-социальной экспертизы // Медицинская экспертиза и право. 2010. № 1.
10. Дарган А. А. Проблемы социальной интеграции инвалидов и роль общественных организаций в их решении // Вестник международного института экономики и права. 2013. № 4.
11. Евдаков В. А., Бантьева М. Н., Кузнецова В. П. Состояние амбулаторной помощи по медицинской реабилитации, оказываемой населению России и ее субъектов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2015. № 3.
12. Кабакович Г. А., Полежаева К. В. Влияние социальных и правовых барьеров на роль и место инвалидов в обществе // Вестник Башкирского университета. 2015. № 2.
13. Карасева Л. А. Научное обоснование и совершенствование организационно-методических, правовых и медико-социальных основ системы профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2010.
14. Кирилловых А. А., Сурманидзе И. Н. Правовые аспекты обеспечения социального статуса общественных объединений инвалидов в системе некоммерческих организаций // Вестник гуманитарного образования. 2017. № 1.
15. Козлов С. В., Авдеев А. И., Солохина Л. В. К вопросу об организации производства судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным» делам // Проблемы экспертизы в медицине. 2010. Т. 10, № 1, 2.
16. Козьминых Е. В. Судебно-медицинская экспертиза по врачебному делу: фатальное влияние на профессиональную судьбу врачей // Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. № 5.
17. Кокорев Р. А. Использование медицинских знаний при расследовании преступлений против личности: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2017.
18. Колябин А. Ю., Глухова Т. В. Медико-социальная экспертиза как критерий юридического признания пациента инвалидом:



- проблемы теории и практики // Вестник Международного юридического института. 2017. № 3.
19. *Кром И. Л.* Перспективы исследования качества жизни в практике медико-социальной экспертизы // Паллиативная медицина и реабилитация. 2006. № 3.
  20. *Кузнецова В.* Основные пути и проблемы социализации инвалидов в современном российском обществе // Вестник ТОГИР-РО. 2016. № 2.
  21. *Меденцов А. А., Мохов А. А.* К вопросу о назначении «независимых» экспертиз при отправлении правосудия // Арбитражный и гражданский процесс. 2005. № 12.
  22. *Михайлова И. Н., Михайлов И. В., Разиньков Д. В., Халилов М. А.* Медико-социальная экспертиза: современные аспекты правового регулирования // Вестник новых медицинских технологий: электрон. журнал. 2014. № 1. С. 195–196.
  23. *Мохов А. А.* Использование специальных знаний в гражданском судопроизводстве России: теория и практика: дис. ... д-ра юрид. наук. СПб., 2006.
  24. *Мохов А. А.* Медицинская деятельность – вид социального предпринимательства // Медицинское право. 2016. № 1.
  25. *Нуженкова М. В., Бурсикова Д. В.* Формирование понятия «медицинская реабилитация» в системе современного законодательства об охране здоровья граждан // Научный поиск. 2015. № 2–3.
  26. *Петюкова О. Н., Попова А. В., и др.* Совершенствование законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации / под ред. О. Н. Петюковой. М.: Деловой двор, 2017.
  27. Право и социальное развитие как новая гуманистическая иерархия ценностей: монография / Т. Я. Хабриева, А. В. Габов, Ю. А. Тихомиров и др.; отв. ред. А. В. Габов, Н. В. Путило. М.: ИНФРА-М, 2015.
  28. Правовые модели и реальность: монография / отв. ред. Ю. А. Тихомиров, Е. Е. Раффалюк, Н. И. Хлуденева. М.: ИНФРА-М., 2014. 280 с.
  29. *Путило Н. В., Волкова Н. С. и др.* Право граждан на лекарственное обеспечение: монография. М.: Юрид. фирма «КОНТРАКТ», 2017.
  30. *Романовский Г. Б.* Модернизация правового регулирования проведения медико-социальной экспертизы в Российской Федерации // Наука. Общество. Государство. 2014. № 2.
  31. *Сабанов З. М.* Основные принципы социального обслуживания инвалидов // АНИ: педагогика и психология. 2017. Т. 6, № 2. С. 326–329.
  32. *Сергеев Ю. Д., Мохов А. А.* Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 309 с.
  33. *Сергеева О. В.* Опыт межведомственного взаимодействия и сотрудничества с общественной организацией инвалидов с целью оптимизации реабилитации в Воронежской области // Инвалиды и общество. 2016. № 2.
  34. *Смычек В. Б.* Медицинская реабилитация и экспертиза в Республике Беларусь // Здравоохранение. 2016. № 12.
  35. *Сон И. М., Евдаков В. А., Бантьева М. Н., Кузнецова В. П.* Состояние обеспечения помощи по медицинской реабилитации, оказываемой в амбулаторных условиях населению России // Менеджер здравоохранения. 2016. № 3.
  36. *Сочинская Т. И., Аросланкина А. П., Зинетуллина Н. Х. и др.* Медицинская реабилитация как основа профилактики предотвратимых потерь здоровых лет жизни вследствие преждевременной смерти и инвалидности // Управление качеством медицинской помощи. 2014. № 2.
  37. *Фарбер Е. В.* Этические и правовые аспекты проведения медико-социальной экспертизы сегодня // Медицинское право: теория и практика. М.: Нац. ин-т мед. права, 2016. Т. 2, № 1.
  38. *Хасанова Д. А., Степаненко Р. Ф.* Социальная функция права в практиках медико-социальной экспертизы: некоторые вопросы общей теории права // Общество, государство, личность: модернизация системы взаимоотношений в современных условиях: материалы XVI Всерос. науч.-практ. конф. (г. Казань, 22 апреля 2016 г.). Казань: УВО «Университет управления «ТИСБИ», 2016.
  39. *Чернова Г. И., Свинцов А. А., Чернякина Т. С., Радута В. И.* Оценка эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов в субъектах Сибирского и Приволжского федеральных округов Российской Федерации // Профилактическая и клиническая медицина. 2015. № 3.
  40. *Шестаков В. П., Чернова Г. И. и др.* Современные аспекты эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в Российской Федерации // Научные ведомости Белгородского госу-

- дарственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2013. Т. 24, № 25.
41. *Шукин Н. Н., Белокрылова Г. С. и др.* Анализ дефектов направления на медико-социальную экспертизу в Хабаровском крае // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2010. № 2.
  42. *Callaghan Gillian. D.; Wistow Gerald.* Publics, patients, Citizens, Consumers? Power and Decision Making in Primary Health Care // *Public Administration*. 2006. Vol. 84, Issue 3. Pp. 583–601. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2006.00603.x.
  43. *De Souza Annabelle, Rouge-Maillart Clotilde, Clemen, Renaud, Jousset Nathalie.* Assessment of Loss of Opportunity in Medical Liability, a Mission to be Redefined for the Expert // *Medecine & Droit*. AUG 2016. Issue 139. Pp. 95–101. DOI: 10.1016/j.meddro.2016.02.001
  44. *Kaehne Axel, Taylor Helen.* Do public consultations work? The Case of the Social Services and Well-Being (Wales) Bill // *Public Policy and Administration*. Jan 2016. Vol. 31, Issue 1. Pp. 80–99. DOI: 10.1177/0952076715595676.
  45. *Krashenninnikova Yulia A.* External Control over Temporary Disability Examination in the Russian Federation // *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipalnogo upravleniya-public administration issues*. 2018. Issue 2.
  46. *Svirin Yury A., Mokhov Alexandr A., Gureev and other.* Legal Personality in the Russian Civil Law // *Modern Journal of Language Teaching Methods*. Jun 2018. Vol. 8, Issue 6. Pp. 88–98.
  1. *Bukalerova L. A., Polukarov A. V., Kurakin A. V.* *O neobkhodimosti povysheniya effektivnosti pravovogo protivodeystviya korrupcii v social'noy sfere* [On the Necessity of Improving the Effectiveness of Legal Combating Corruption in the Social Sphere]. *Sovremennoe pravo – Modern Law*. 2017. Issue 1. Pp. 87–95. (In Russ.).
  2. *Vlasov Ya. V., Kurapov M. A., Churakov M. V.* *Rol' patientskikh obshchestvennykh organizatsiy v povyshenii kachestva okazaniya medicinskoj i social'noy pomoschi naseleniyu (na primere obscherossiyskoj obshchestvennoj organizatsii invalidov – bolnykh rasseyannym sklerozom)* [The Role of Patient Non-Governmental Organizations in Improving the Quality of Medical and Social Assistance to the Population (a Case Study of the All-Russian Public Organization of Disabled People with Multiple Sclerosis)]. *Vestnik Roszdravnadzora – Vestnik Roszdravnadzora*. 2011. Issue 5. Pp. 70–77. (In Russ.).
  3. *Gabay P. G.* «*Pravovaya formula*» *kvalifikacionnykh trebovaniy k vracham-specialistam: korrektnost', problemy, puti resheniya* ["Legal Formula" of Qualification Requirements to Specialist Doctors: Correctness, Problems, Ways of Solution]. *Medicinskoe pravo – Medical Law*. 2016. Issue 4. Pp. 11–23. (In Russ.).
  4. *German S. V.* *Osnovnye problemy pri napravlenii grazhdan na mediko-social'nyu ekspertizu organizatsiyami, okazyvayuschimi lecheno-profilakticheskuyu pomoshch', i puti ikh resheniya* [The Main Problems when Referring Citizens to Medical and Social Assessment Organizations Providing Medical and Preventive Care, and Ways to Solve Them]. *Sovremennye problemy mediciny: teoriya i praktika: materialy mezhdunarodnoy zaochnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (5 noyabrya 2012 g.)* [Current Issues of Medicine: Theory and Practice: Proceedings of the International Correspondence Scientific-Practical Conference (November 5, 2012)]. *Novosibirsk*, 2012. P. 63. (In Russ.).
  5. *Golovko S. G.* *Reabilitacionnye vozmozhnosti obshchestvennykh organizatsiy invalidov v regional'noy social'noy politike* [Rehabilitation Opportunities of Public Organizations of Disabled People in Regional Social Policy]. *Otechestvennyj zhurnal social'noy raboty – Domestic Journal of Social Work*. 2010. Issue 1. Pp. 117–121. (In Russ.).
  6. *Guseva N.K., German S.V.* *Vliyanie zakonotvorcheskogo processa v sfere social'noy politiki na uroven' i dinamiku pervichnoy invalidnosti v Rossiyskoy Federatsii i Nizhegorodskoy oblasti* [Influence of the Legislative Process in the Field of Social Policy on the Level and Dynamics of Primary Disablement in the Russian Federation and Nizhny Novgorod Region]. *Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitatsiya – Medico-Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2010. Issue 2. Pp. 5–8. (In Russ.).
  7. *Guseva N. K., Doyutova M. V., Sokolov V. A., Sokolova I. A.* *Nekotorye problemy mediko-social'noy ekspertizy i analiz vozmozhnostey ikh resheniya* [Several Issues of Medical and Social Expert Studies and Analysis of Possibilities of Their Solution]. *Medicinskiy al'manakh – Medical Almanac*. 2015. Issue 4. Pp. 17–19. (In Russ.).
  8. *Davydova Yu. V., Klyushina E. A., Samoilenko A. B.* *Problemy dostupnosti i kachestva medicinskogo obsluzhivaniya* [Problems of

- Accessibility and Quality of Medical Care]. *Byulleten' medicinskih internet-konferenciy - Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2013. Vol. 3. Issue 11. P. 1287. (In Russ.).
9. Danilova S. G., Panov A. V. *O sootnoshenii pravovoy reglamentatsii i svobody usmotreniya pri provedenii mediko-social'noy ekspertizy* [On the Correlation of Legal Regulation and Margin of Appreciation when Carrying out Medical and Social Examination]. *Medicinskaya ekspertiza i pravo – Medical Expertise and Law*. 2010. Issue 1. Pp. 11–14. (In Russ.).
  10. Dargan A. A. *Problemy social'noy integratsii invalidov i rol' obschestvennykh organizatsiy v ikh reshenii* [Issues of Social Integration of the Disabled People and the Role of Non-Governmental Organizations in Their Solution]. *Vestnik mezhdunarodnogo instituta ekonomiki i prava – Herald of International Institute of Economics and Law*. 2013. Issue 4. Pp. 96–103. (In Russ.).
  11. Evdakov V. A., Bant'eva M. N., Kuznecova V. P. *Sostoyanie ambulatornoy pomoschi po medicinskoj reabilitatsii, okazyvaemoy naseleniyu Rossii i ee sub'ektov* [The State of Outpatient Care with Medical Rehabilitation Provided for the Population of Russia and Its Subjects]. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i medicinskoj statistiki – Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2015. Issue 3. Pp. 17–41. (In Russ.).
  12. Kabakovich G. A., Polezhaeva K. V. *Vliyaniye social'nykh i pravovykh bar'erov na rol' i mesto invalidov v obschestve* [The Influence of Social and Legal Barriers on the Role and Place of the Disabled in the Society]. *Vestnik Bashkirskogo universiteta – Vestnik Bashkirskogo Universiteta*. 2015. Issue 2. Pp. 635–644. (In Russ.).
  13. Karaseva L. A. *Nauchnoe obosnovanie i sovershenstvovanie organizacionno-metodicheskikh, pravovykh i mediko-social'nykh osnov sistemy professional'noy reabilitatsii invalidov v Rossiyskoy Federatsii: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Scientific Rationale and Improvement of Organizational, Methodological, Legal, Medical and Social Foundations of the System of Professional Rehabilitation of Disabled People in the Russian Federation: Synopsis of Dr. med. sci. diss.]. St. Petersburg, 2010. P. 10. (In Russ.).
  14. Kirillovykh A. A., Surmanidze I. N. *Pravovye aspekty obespecheniya social'nogo statusa obschestvennykh ob"edineniy invalidov v sisteme nekommercheskikh organizatsiy* [The Legal Aspects of Providing the Social Status of Public Associations of Persons with Disabilities in the System of non-Profit Organizations]. *Vestnik gumanitarnogo obrazovaniya – Herald of Humanitarian Education*. 2017. Issue 1. Pp. 78–83. (In Russ.).
  15. Kozlov S. V., Avdeev A. I., Solokhina L. V. *K voprosu ob organizatsii proizvodstva sudebno-medicinskih ekspertiz po tak nazyvaemim «vrachebnym» delam* [To the Organization of Forensic Examinations on the so-Called “Medical” Cases]. *Problemy ekspertizy v medicine – Medical Examination Problems*. 2010. Vol. 10. Issue 1–2. Pp. 28–30. (In Russ.).
  16. Koz'minykh E. V. *Sudebno-medicinskaya ekspertiza po vrachebnomu delu: fatal'noe vliyaniye na professional'nuyu sud'bu vrachey* [Forensic Medical Examination on Medical Case: Fatal Impact on the Professional Future of Doctors]. *Pravovye voprosy v zdravookhraneniye – Legal Issues in Health Care*. 2013. Issue 5. Pp. 84–92. (In Russ.).
  17. Kokorev R. A. *Ispol'zovaniye medicinskih znaniy pri rassledovanii prestupleniy protiv lichnosti: diss. ... kand. jurid. nauk* [Using Medical Knowledge in the Investigation of Crimes against the Person: Cand. jurid. sci. diss.]. Moscow, 2017. Pp. 18–37. (In Russ.).
  18. Kolyabin A. Yu., Glukhova T. V. *Mediko-social'naya ekspertiza kak kriteriyi yuridicheskogo priznaniya pacienta invalidom: problemy teorii i praktiki* [Medical-Social Examination as a Criterion of Legal Recognition of the Patient's Disability: Problems of Theory and Practice]. *Vestnik Mezhdunarodnogo yuridicheskogo instituta – Bulletin of the International Law Institute*. 2017. Issue 3. P. 15. (In Russ.).
  19. Krom I. L. *Perspektivy issledovaniya kachestva zhizni v praktike mediko-social'noy ekspertizy* [Perspectives of the Quality-of-Life Assessment in the Disability Examination]. *Paliativnaya medicina i reabilitatsiya – Palliative Medicine and Rehabilitation*. 2006. Issue 3. Pp. 35–38. (In Russ.).
  20. Kuznecova V. *Osnovnye puti i problemy socializatsii invalidov v sovremennom rossiyskom obschestve* [Basic Ways and Problems of Socialization of Disabled People in Modern Russian Society]. *Vestnik TOGIRRO – Bulletin of the Tyumen State Institute of Regional Education Development*. 2016. Issue 2. Pp. 339–343. (In Russ.).
  21. Medencov A. A., Mokhov A. A. *K voprosu o naznachении «nezavisimyykh» ekspertiz pri otpravlenii pravosudiya* [On the Issue of Ordering "Independent" Expertise in the Administration of Justice]. *Arbitrazhnyy i grazhdanskiy*

- process – Arbitrazh and Civil Procedure. 2005. Issue 12. Pp. 15–18. (In Russ.).
22. Mikhaylova I. N., Mikhaylov I. V., Razin'kov D. V., Khalilov M. A. *Mediko-social'naya ekspertiza: sovremennye aspekty pravovogo regulirovaniya* [Medico-Social Examination: the Modern Aspects of Legal Regulation]. *Vestnik novykh medicinskih tekhnologiy (elektronnyy zhurnal) – Journal of New Medical Technologies, eEdition*. 2014. Issue 1. Pp. 195–196. (In Russ.).
  23. Mokhov A. A. *Ispol'zovanie special'nykh znaniy v grazhdanskom sudoproizvodstve Rossii: teoriya i praktika: dis. ... d-ra jurid. nauk* [The Use of Special Knowledge in Civil Justice in Russia: Theory and Practice: Dr. jurid. sci. diss.]. St. Petersburg, 2006. P. 161. (In Russ.).
  24. Mokhov A. A. *Medicinskaya deyatel'nost' – vid social'nogo predprinimatel'stva* [Medical Activities as a Kind of Social Entrepreneurship]. *Medicinskoe pravo – Medical Law*. 2016. Issue 1. Pp. 6–10. (In Russ.).
  25. Nuzhenkova M. V., Bursikova D. V. *Formirovanie ponyatiya «medicinskaya reabilitaciya» v sisteme sovremennogo zakonodatel'stva ob okhrane zdorov'ya grazhdan* [The Formation of the Concept of “Medical Rehabilitation” in the System of Modern Legislation on the Protection of Citizens' Health]. *Nauchnyy poisk - Scientific Search*. 2015. Issue 2–3. Pp. 40–42. (In Russ.).
  26. Petyukova O. N., Popova A. V. et al. *Sovershenstvovanie zakonodatel'stva ob okhrane zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federacii / pod red. O.N. Petyukovoy* [Improvement of Legislation on the Protection of Citizens' Health in the Russian Federation; ed. by O. N. Petyukova]. Moscow, 2017. (In Russ.).
  27. *Pravo i social'noe razvitie kak novaya gumanisticheskaya ierarhiya cennostey: monografiya / T. Ya. Khabrieva, A. V. Gabov, Yu. A. Tikhomirov i dr. // Otv. red. A. V. Gabov, N. V. Putilo* [Law and Social Development as a New Humanistic Hierarchy of Values: Monograph; T. Ya. Khabrieva, A. V. Gabov, Yu. A. Tikhomirov et al.; ed. by A. V. Gabov, N. V. Putilo]. Moscow, 2015. 32 p. (In Russ.).
  28. *Pravovye modeli i real'nost: monografiya / otv. red. Yu. A. Tikhomirov, E. E. Rafalyuk, N. I. Khludeneva* [Legal Models and Reality: Monograph; ed. by Yu. A. Tikhomirov, E. E. Rafalyuk, N. I. Khludeneva]. Moscow, 2014. 280 p. (In Russ.).
  29. Putilo N. V., Volkova N. S. et al. *Pravo grazhdan na lekarstvennoe obespechenie: monografiya* [The Right of Citizens to Provision of Medicines: Monograph]. Moscow, 2017. P. 5. (In Russ.).
  30. Romanovskiy G. B. *Modernizaciya pravovogo regulirovaniya provedeniya mediko-social'noy ekspertizy v Rossiyskoy Federacii* [Modernization of Legal Regulation of Carrying out Medico-Social Examination in the Russian Federation]. *Nauka. Obschestvo. Gosudarstvo – Science. Society. State*. 2014. Issue 2. Pp. 3–11. (In Russ.).
  31. Sabanov Z. M. *Osnovnye principy social'nogo obsluzhivaniya invalidov* [Basic Principles of Social Services for Persons with Disabilities]. *ANI: pedagogika i psikhologiya – Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*. 2017. Vol. 6. Issue 2. Pp. 326–329. (In Russ.).
  32. Sergeev Yu. D., Mokhov A. A. *Nenadlezhashee vrachevanie: vozmeschenie vreda zdorov'yu i zhizni pacienta* [Improper Treatment: Compensation for Harm Caused to Health and Life of Patient]. Moscow, 2007. 309 p. (In Russ.).
  33. Sergeeva O. V. *Opyt mezhvedomstvennogo vzaimodeystviya i sotrudnichestva s obschestvennoy organizaciey invalidov s cel'yu optimizacii reabilitacii v Voronezhskoy oblasti* [Experience of Interdepartmental Interaction and Cooperation with the Public Organization of Disabled People in Order to Optimize Rehabilitation in Voronezh Region]. *Invalidy i obschestvo – Disabled People and Society*. 2016. Issue 2. Pp. 35–37. (In Russ.).
  34. Smychek V. B. *Medicinskaya reabilitaciya i ekspertiza v Respublike Belarus'* [Medical Rehabilitation and Expertise in the Republic of Belarus]. *Zdravookhranenie – Health Care*. 2016. Issue 12. P. 17. (In Russ.).
  35. Son I. M., Evdakov V. A., Bant'eva M. N., Kuznecova V. P. *Sostoyanie obespecheniya pomoschi po medicinskoy reabilitacii, okazyvaemoy v ambulatornykh usloviyakh nasele-niyu Rossii* [Provision of Medical Rehabilitation Care for the Population of the Russian Federation on an Outpatient Basis]. *Menedzher zdravookhraneniya – Manager of Health Care*. 2016. Issue 3. Pp. 16–27. (In Russ.).
  36. Sochinskaya T. I., Aroslankina A. P., Zinetulina N. Kh. et al. *Medicinskaya reabilitaciya kak osnova profilaktiki predotvratimyykh poter' zdorovykh let zhizni vsledstvie prezhdvremennoy smerti i invalidnosti* [Medical Rehabilitation as Base for Prophylaxis of Pre-

- ventable Losses of Healthy Years of Life Caused by Premature Morbidity and Disability]. *Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoschi* – Quality of Medical Care Management. 2014. Issue 2. P. 19. (In Russ.).
37. Farber E. V. *Eticheskie i pravovye aspekty provedeniya mediko-social'noy ekspertizy segodnya* [Current Ethical and Legal Aspects of the Medico-Social Examination Carrying out]. *Medicinskoe pravo: teoriya i praktika* – Medical Law: Theory and Practice. 2016. Vol. 2. Issue 1. P. 258. (In Russ.).
  38. Khasanova D. A., Stepanenko R. F. *Social'naya funkciya prava v praktikakh mediko-social'noy ekspertizy: nekotorye voprosy obshchey teorii prava* [Social Function of Law in the Practice of Medical and Social Expertise: Some Issues of the General Theory of Law]. *Obschestvo, gosudarstvo, lichnost': modernizatsiya sistemy vzaimootnosheniy v sovremennykh usloviyakh: Materialy XVI Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferencii (g. Kazan, 22 aprelya 2016 g.)* [Society, State, Personality: Modernization of the System of Relations in Current Conditions: Proceedings of the XVI All-Russian Scientific and Practical Conference (Kazan, April 22, 2016)]. Kazan, 2016. P. 134. (In Russ.).
  39. Chernova G. I., Svincov A. A., Chernyakina T. S., Raduto V. I. *Ocenka effektivnosti mediko-social'noy rehabilitatsii invalidov v sub"ektakh Sibirskogo i Privolzhskogo federal'nykh okrugov Rossiyskoy Federacii* [The Evaluation of the Effectiveness of Medical and Social Rehabilitation of Disabled People in the Subjects of Siberian and Volga Federal Districts of the Russian Federation]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya medicina* – Preventive and Clinical Medicine. 2015. Issue 3. Pp. 58–62. (In Russ.).
  40. Shestakov V. P., Chernova G. I. et al. *Sovremennye aspekty effektivnosti realizatsii individual'nykh programm rehabilitatsii invalidov v Rossiyskoy Federacii* [Contemporary Issues of Efficient Implementations of Individual Rehabilitation Programs in the Russian Federation]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Medicina. Farmaciya»* – Belgorod State University Scientific Bulletin. Medicine. Pharmacy. 2013. Vol. 24. Issue 25. Pp. 181–186. (In Russ.).
  41. Schukin N. N., Belokrylova G. S. et al. *Analiz defektov napravleniya na mediko-social'nyuyu ekspertizu v Khabarovskom krae* [Analysis of Defects in the Referrals for Medical and Social Expertise in the Khabarovsk Territory]. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka* – Public Health of the Far East. 2010. Issue 2. Pp. 19–21. (In Russ.).
  42. Callaghan Gillian, Wistow Gerald. *Publics, Patients, Citizens, Consumers? Power and Decision Making in Primary Health Care*. Public Administration. 2006. Vol. 84. Issue 3. Pp. 583–601. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2006.00603.x. (In Eng.).
  43. De Souza Annabelle, Rougé-Maillart Clotilde, Clément Renaud, Jousset Nathalie. *Assessment of Loss of Opportunity in Medical Liability, a Mission to be Redefined for the Expert*. *Médecine & Droit*. July-August 2016. Issue 139. Pp. 95–101. DOI: 10.1016/j.meddro.2016.02.001 (In Eng.).
  44. Kaehne Axel, Taylor Helen. *Do Public Consultations Work? The Case of the Social Services and Well-Being (Wales) Bill*. Public Policy and Administration. January 2016. Vol. 31. Issue 1. Pp. 80–99. DOI: 10.1177/0952076715595676. (In Eng.).
  45. Krashennnikova Yulia A. *External Control over Temporary Disability Examination in the Russian Federation*. Public Administration Issues. 2018. Issue 2. Pp. 153–176. (In Eng.).
  46. Svirin Yury A., Mokhov Alexandr A. Gureev et al. *Legal Personality in the Russian Civil Law*. Modern Journal of Language Teaching Methods. June 2018. Vol. 8. Issue 6. Pp. 88–98. (In Eng.).