ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО	**РЕКОМЕНДОВАНО**
Главный внештатный специалист по медицине катастроф Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук	Экспертный совет Департамента здравоохранения города Москвы №6
С.А.ФЕДОТОВ	
«29» марта 2019 г.	«17» апреля 2019 г.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(медико-социальные и правовые проблемы)

Методические рекомендации № 27

Москва 2019

УДК 343.982.323+340.64:614.88+614.251
ББК 51.1(2)2я7
И-29

Организации-разработчики:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»; Клиническая больница № 1 Волынская УД Президента РФ; ООО «Факультет медицинского права» города Москвы.

Составители: д.м.н.,профессор Л.Л.Стажадзе, П.Г.Габай, к.м.н. С.А.Гуменюк, В.В.Орленко, Л.Б.Буданцева, Д.А.Максимов.

Рецензенты: Руководитель Центра Интенсивной Терапии и Анестезиологии Научного клинического центра ОАО «РЖД», член Правления ФАР, член Совета Европейского Общества Интенсивной терапии (ESICM), доктор медицинских наук, профессор Э.М.Николаенко,
Член коллегии адвокатов города Москвы, кандидат юридических наук А.Я.Клейменов.

Предназначение: для медицинских работников оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь пострадавшим как в повседневной работе, так и при ликвидации медицинских последствий ЧС, юристов, спасателей, преподавателей, студентов старших курсов медицинских и юридических институтов.

Методические рекомендации основаны на опыте работы ГБУЗ «НПЦ ЭМП» и ООО «Факультет медицинского права». Подробно изложены факторы осложняющие идентификацию пострадавших в бессознательном состоянии, в состоянии шока, дезориентированных по различным причинам. Изложены правовые проблемы с конкретными рекомендациями и пути совершенствования законодательных актов с целью усиления правовой защищенности медицинских работников экстренных служб.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут персональную ответственность за предоставленные данные в методических рекомендациях.

ISBN 978-5-9704-4570-1
© Коллектив авторов, 2019 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ 4

ОПРЕДЕЛЕНИЯ 5

ВВЕДЕНИЕ 6

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Факторы, осложняющие первичную регистрацию пострадавших 7

1.1 Достоверность регистрируемых параметров 8

1.2. Искажение данных при первичной регистрации 8

1.3. Бальная оценка регистрируемых параметров 9

1.4. Персонифицированные регистрируемые данные 10

2. Правовые проблемы идентификации пострадавших при оказании экстренной медицинской помощи 14

2.1. Биометрические персональные данные 14

2.2. Правовые препятствия в работе БСМП в условиях ЧС 16

2.3.Классификация информации с ограниченным доступом, обрабатываемой медицинскими работниками во время ЧС 16

2.4. Специальные персональные данные 17

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 18

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 20

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
2. 14. Федеральный закон "О государственной автоматизированной системы Российской Федерации "Выборы" от 13 февраля 2009 г. № 20-ФЗ.

3. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (в ред. от 01.01.2019).

4. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2010 № 16 «О практике применения судами Закона Российской Федерации «О средствах массовой информации».

5. Стратегия национальной безопасности, утвержденная Указом Президента РФ от 31.12.2015 № 683.

6. Положение о Всероссийской службе медицины катастроф, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 26.08.2013 № 734

7. Профессиональный стандарт «Врач скорой помощи», утвержденный Приказом Минтруда России от 14.03.2018 № 133н

8. Федеральный закон от 15.11.1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».

9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

10. Порядок учета пожаров и их последствий, утвержденного Приказом МЧС России от 21.11.2008 № 714.

11. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (в ред. от 12.11.2018).

12. Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 46 от 25 декабря 2018 г. «О некоторых вопросах судебной практики по делам о преступлениях против конституционных прав и свобод человека и гражданина (статьи 137, 138, 1381, 139, 144-1, 145, 145-1 Уголовного кодекса Российской Федерации)».

13. Федеральный конституционный закон от 30.05.2001 № 3-ФКЗ «О чрезвычайном положении».

14. Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

18. Закон Российской Федерации "О Всероссийской переписи населения" (в ред. Федеральных законов от 28.11.2009 г. № 293-ФЗ, от 27. 07. 2010 № 204-ФЗ).

15. Приказ Министерства транспорта РФ, от 28 июня 2007 г. № 82. Об утверждении федеральных авиационных правил "общие правила воздушных перевозок пассажиров, багажа, грузов и требования к обслуживанию пассажиров, грузоотправителей, грузополучателей" (в ред. приказов министерства России от 08.10.2008 г. № 165, от 25.10.2010 г. № 231, от 02.04.2012 г. № 388).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

ЧС – чрезвычайная ситуация

ГАС – Государственная автоматизированная система

БСМП – бригада скорой медицинской помощи

ФЗ – Федеральный закон

ГК – Гражданский кодекс

ЗЧМТ – Закрытая черепно-мозговая травма

ОЧМТ – Открытая черепно-мозговая травма

ЦЭМП - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

ССиНМП – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

ДНК–дезоксирибонуклеиновая кислота- хранитель биологической информации о виде

ВВЕДЕНИЕ

Составление списков пострадавших при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций имеет важное значение для решения медико-санитарных и социально-экономических задач. Как показывает наш опыт, это является трудоемким и растянутым во времени процессом. Изучая данные доступной литературы, мы обратились к опыту составления списков в различных сферах деятельности и обнаружили, что во всех случаях имеются как общие, так и свои специфические сложности. Как оказалось, перепись населения потребовала разработки научно-обоснованной системы, и тем не менее абсолютной точности добиться не удается [1]. При регистрации партий или кандидатов в выборные органы, нередко тщательно составленные списки за данную партию или кандидата не соответствуют действительности и являются поводом для прекращения выдвижения. Согласно № 20-ФЗ для автоматизированной системы общегосударственного уровня (ГАС «Выборы»), ввод сведений о кандидатах требует неоднократных уточнений. Даже при регистрации пассажиров по документам удостоверяющих личность (наземные, воздушные и воднотранспортные перевозки), периодически возникают расхождения как по персональному, так и по количественному составу.

Исследована нормативная база и судебная практика в этой сфере. Дана оценка полномочиям медицинских работников, охарактеризованы особенности сбора и распространения различных категорий информации. Разработаны предложения по усовершенствованию федерального законодательства РФ, направленные на расширение прав медицинских работников и недопущение их юридического преследования за помощь в идентификации пострадавших как в повседневной работе БСМП, так и при ликвидации медицинских последствий ЧС.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Факторы осложняющие первичную регистрацию пострадавших

Нами была проведена работа по выявлению факторов осложняющих как первичный сбор, так и уточняющей информации о пострадавших в процессе ликвидации медицинских последствий крупномасштабных ЧС. Мы исходили из предпосылки, что без изучения факторов, осложняющих составление окончательных списков пострадавших, невозможны конструктивные организационно-методические решения [2,3,4,5,6].

С целью выявления вышеуказанных факторов нами проанализированы следующие материалы:

1. Поступающая первичная информация о пострадавших по каналам телефонной и радиосвязи в оперативный отдел ЦЭМПа от различных медицинских сил, участвующих в ликвидации последствий крупномасштабных ЧС.

2 Первичные записи регистрируемых «именных» и «неименных» данных о пострадавших, включая персонифицированные сведения, предварительные диагнозы, номеров нарядов, номеров п/с и бригад, каналы госпитализации.

3. Материалы динамики уточнения зарегистрированных параметров с учетом временного фактора.

Анализ показал, что постоянное уточнение первичных данных о пострадавших является естественным процессом при ликвидации крупномасштабных ЧС. Это связано со следующими объективными обстоятельствами:

- Внезапно возникшая, быстро меняющаяся сложная, напряженная обстановка в очаге и зоне ЧС;
- Приоритет скорейшей эвакуации пострадавших в тяжелом и крайне тяжелом состоянии из очага и зоны катастрофы в лечебные учреждения, при том, что от 20% до 60% тяжелых пострадавших первично регистрируются как «неизвестные» (таблица № 2, п. 1, п. 4);
- Пострадавшие с сочетанной травмой, находящиеся в сознании (превалирующие повреждения опорно-двигательного аппарата на фоне сотрясения головного мозга) могут давать искаженные сведения (таблица № 2, п. 2);
- Пережившие стрессовую ситуацию дети, в силу физиологических особенностей, так же зачастую дают о себе неверные сведения (таблица № 2, п. 11);
- Выявлены случаи расхождения персонифицированных данных пострадавших в бессознательном состоянии, первичная регистрация которых проводилась на основании обнаруженных при них документов, принадлежащих другим лицам (таблица № 2, п. 1, п. 10);
- Необходимость перехода диспетчерской службы ЦЭМПа из «Режима повседневной деятельности» в «Чрезвычайный режим» предусматривающий в том числе, увеличение численного состава сотрудников;
- В зоне ликвидации последствий ЧС помимо медицинских сил Департамента здравоохранения могут находиться медицинские формирования различных министерств и ведомств, а также коммерческих структур, что при отсутствии координации приводит к потере данных о пострадавших;
- При передаче первичных данных в оперативный отдел ЦЭМПа по каналам радио-, телефонной и факсимильной связи могут искажаться не только персонифицированные данные (трудно произносимые фамилии, имена, отчества), но и номера нарядов ССиНМП, номера бригад и подстанций, каналы госпитализации (таблица № 2, п. 1, п. 6, п. 9);
- Выявлен случаи, когда находившийся в сознании пострадавший, намеренно исказил свои персонифицированные данные (таблица № 2, п. 8).

Сопоставив первичные списки пострадавших с окончательными, мы выявили во всех случаях расхождения по регистрируемым параметрам как по вертикали, так и горизонтали (таблица № 2 и таблица № 3).

1.1 Достоверность регистрируемых параметров.

Был проведен оценочный анализ достоверности каждого первичного зарегистрированного параметра, вносимого в учетный документ («Общий список пострадавших»), представленный в виде таблицы (см. Таблицу № 1).

Таблица № 1. Макет - «Общий список пострадавших» - основная форма учетно-отчетной документации с обязательно регистрируемыми параметрами.

№/п	**Ф И О**	**Пол**	**Возраст**	**Адрес**	**Диагноз**	**№ наряда**	**Бригада подстанция**	**Госпита-лизация**

Каждый зарегистрированный параметр в окончательном выверенном списке персонифицированных данных условно принимался за 10 баллов. Таким образом, общая, максимальная сумма равняется 100 баллам.

Если принять достоверные сведения за условную цифру 10, то оказывается, что ни один из выше представленных показателей при первичной регистрации не может быть оценен в 10 баллов в силу ниже перечисленных объективных и субъективных причин.

1.2. Искажение персонифицированных данных при первичной регистрации.

Из триады: Фамилия, Имя, Отчество - при первичной регистрации чаще искажается фамилия. Разнообразие фамилий гораздо больше чем имен и отчеств. Имена и отчества более привычно воспринимаются на слух. Что касается возраста, то выявлены случаи его завышения или занижения, как у пострадавших в сознании, так и в бессознательном или сопорозном состоянии. Пол – наиболее ясная и стабильная составляющая из первичных данных и наименее вариабельна по количеству (М или Ж). Тем не менее, в условиях современного общества могут быть случаи несоответствия внешнего облика и пола. Называемый пострадавшими домашний адрес может не соответствовать ни месту фактического проживания, ни месту прописки, ни месту регистрации.

Искажения таких первично передаваемых данных как номер наряда на оказание медицинской помощи, номер подстанции, номер БСМП, каналы госпитализации связаны с техническими и «человеческими» факторами. По каналам телефонной и радиосвязи искажается звуковая интерпретация как персонифицированных так и цифровых данных. При передаче данных по факсимильной связи, бывает не прописанный, «плавающий» текст. При регистрации первичных данных сотрудник диспетчерской может совершить техническую ошибку, например, вместо шестизначной цифры наряда на госпитализацию, записать пятизначную (таблица № 2 п.1).

Если проследить цепочку передачи первичных данных из зоны ЧС до их регистрации в диспетчерской ЦЭМПа, то природа значительного числа искажений становится объективно объяснимой.

Пострадавшие, находящиеся в сознании, в устной форме сообщают сведения о себе медицинским работникам, медицинские работники фиксируют эти сведения в сопроводительных документах, и передают по каналам телефонной или радиосвязи в диспетчерскую ЦЭМПа, где эти сведения регистрируются на бумажных носителях и передаются для формирования первичных сводных списков старшему врачу. При оказании помощи пострадавшим находящимся в бессознательном состоянии, сведения о персонифицированных данных отсутствуют, а такие показатели, как пол и возраст не могут трактоваться как достоверные. В этих случаях, большое значение для последующей идентификации приобретают такие регистрируемые параметры, как Диагноз, Канал госпитализации, Номер наряда, Номер подстанции и бригады.

Последующая идентификация «неизвестных» пострадавших и уточнение регистрируемых параметров всех пострадавших проводится на этапе стационарного оказания медицинской помощи. Между диспетчерской ЦЭМПа и медицинской организацией в интерактивном режиме осуществляется обмен уточненными данными. Идентификация пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии, без документов, при отсутствии родственников может занимать от нескольких часов, до нескольких недель.

1.3. Бальная оценка регистрируемых параметров.

На основании выше приведенных выявленных факторов и сопоставив результаты анализа, нами выведена следующая бальная оценка первично полученных данных о пострадавших: фамилия (X_1) – 8 баллов, имя (X_2) – 7 баллов, отчество (X_3)– 9 баллов, пол (X_4) – 9 баллов, возраст (X_5) – 7 баллов, место жительства (X_6) – 8 баллов, предварительный диагноз (X_7) – 8 баллов, номер наряда (X_8) – 9 баллов, бригада и подстанция –(X_9) - 9 баллов, канал госпитализации –(X_{10}) - 9 баллов.

Представленная бальная оценка формализуется в следующую формулу:

$$E = (X_1 \leq 8) + (X_2 \leq 7) + (X_3 \leq 9) + (X_4 \leq 9) + (X_5 \leq 7) + (X_6 \leq 8) + (X_7 \leq 8) + (X_8 \leq 9) + (X_9 \leq 9) + (X_{10} \leq 9)$$

В этом случае E max = 83 баллам.

В таблице № 2, в качестве примера, представлены выкопированные данные из 100 реальных случаев первичной регистрации пострадавших в процессе ликвидации медицинских последствий ЧС, потребовавшие уточнений по каждому параметру.

При формировании первичного списка пострадавших проставляется бальная оценка по каждому регистрируемому параметру с определением общей суммы баллов. При большом количестве пострадавших это позволяет выработать конкретный алгоритм получения повторной уточняющей информации с особым вниманием к пострадавшим с наименьшей суммой баллов. Идентификация пострадавших с наименьшим количеством баллов, как и «неизвестных» - относится к первоочередным задачам и требует повышенного внимания. Получаемые из медицинских организаций, уточняющие сведения сверяются с общим списком пострадавших в базе данных ЦЭМПа по количественному составу и каждому представленному в таблице параметру. Таким образом, составление итоговых списков пострадавших при ликвидации медицинских последствий ЧС является динамичным, трудоемким и растянутым во времени процессом в силу объективных и субъективных факторов.

Необходимость скорейшей эвакуации пострадавших из зоны ЧС остается приоритетной задачей, а основная работа по идентификации персонифицированных данных осуществляется сотрудниками ЦЭМПа совместно с медицинскими организациями на этапе стационарного лечения.

Дивергенция при сопоставлении первичных списков пострадавших с итоговыми наблюдается по всем регистрируемым параметрам, что предопределяет необходимость внесения уточняющей информации в интерактивном режиме.

Ряд факторов осложняющих получение достоверной первичной и последующей уточняющей информации о пострадавших напрямую связаны с техническими погрешностями и, по нашему опыту, требуют дублирования по различным каналам связи (Рация – Телефон – Факсограмма – Электронная почта).

В некоторых особо сложных случаях для уточнения персонифицированных и других сведений в лечебные учреждения направляются сотрудники ЦЭМПа.

Искажения таких первично передаваемых данных как номер наряда на оказание медицинской помощи, номер подстанции, номер БСМП, каналы госпитализации связаны с техническими и «человеческими» факторами. По каналам телефонной и радиосвязи

искажается звуковая интерпретация как персонифицированных так и цифровых данных (например, легко путается 57 и 67). При передаче данных по факсимильной связи, бывает не прописанный, «плавающий» текст. При регистрации первичных данных сотрудник диспетчерской может совершить техническую ошибку, например, вместо шестизначной цифры наряда на госпитализацию, записать пяти значную. У пострадавших с ОЧМТ, ЗЧМТ, сочетанной травмой с сотрясением головного мозга, именные бальные показатели по определению не могут исходить из максимальных значений.

1.4. Персонифицированные регистрируемые данные.

В РФ принята персонификация личности по следующим основным параметрам:

1. Фамилия; 2. Имя; 3. Отчество; 4. Пол; 5. Возраст; 6. Место жительства.

Все указанные параметры регистрируются у пострадавших при ликвидации медицинских последствий ЧС. К ним добавляются специфические данные: 1. Диагноз; 2. Номер наряда; 3. Подстанция и бригада; 4, Место госпитализации. Нами проведена оценка достоверности каждого из приведенных показателей, что чрезвычайно важно для составления объективных данных о пострадавших.

Фамилия. В результате анализа первичных данных и их сопоставления с окончательными данными обнаружены более (10-15 %) несоответствия окончательных данных первичным. До 70% пострадавших из зоны ЧС госпитализированы как неизвестные и первичные данные о фамилии пострадавшего мы получали в промежутке от нескольких часов до несколько суток. Проведенный нами анализ показал, что количество различных фамилий намного превосходит количество имен и количество отчеств. Эти факты имеют существенное значение при первичной регистрации в зоне ликвидации последствий ЧС. Пострадавшие не могут четко и ясно произносить свои фамилию, имя, отчество. Имена и отчество для регистратора более привычны на слух и количество ошибок в имени и отчестве меньше чем в фамилиях. Особенно это касается многосложных фамилий с чередованием гласных и согласных. Еще большие фонетические сложности возникают у первично регистрируемых с химическими и термическими ожогами верхних дыхательных путей, а также травматическими поражениями лица. Считаем необходимым еще раз напомнить, что сбор этих первично указанных данных проходит в сложных условиях, а приоритет скорейшего оказания помощи пострадавшим является незыблемым. С точки зрения оценки первичной достоверности первых трех показателей (ФИО), важное значение приобретает первичный диагноз. На основе анализа нами установлено, что неточности при первичной регистрации обнаружены у пострадавших с сотрясением головного мозга. В случае же сочетанной травмы с преобладанием травмы черепа к достоверности первичных данных следует относится с особой осторожностью.

Термические (химические) ожоги с поражением верхних дыхательных путей. При этой патологии вследствие отека рото-глоточного пространства, языка и голосовых связок практически нарушается речевой биомеханизм у пострадавших.

Механические повреждения лицевой части головы. Этот диагноз также очень важен для оценки достоверности первичных данных. (перелом костей носа, ушибленные раны верхних и нижних губ с образованием гематом и трещин, травматических экстракций зубов, повреждения кончика и спины языка – все это приводит к существенным изменениям анатомо-физиологических соотношений, участвующих в формирование голоса. Именно поэтому при таких диагнозах достоверность фамилии также должна настораживать.

Имя. Как мы указывали выше количество имен во много раз меньше чем фамилий. Имена более привычны для слуха. Вместе с тем, как показал наш анализ недостоверность с паспортными данными отмечены даже у легко пораженных. Это связно с тем, что у

некоторых людей имеются два и более имени, как правило с детства. Так например, пострадавшая П-а с переломом нижней трети голени назвала свое имя Полиной, а по уточненным через 2 суток данным оказалась Евгенией, что объяснила тем, что с детства ее звали Полиной, а имя Евгения ей никогда не нравилось. Особенно часто обладателями двух, трех имен являются жители южных районов России.

Требует уточнение правильность в написании имени Наталья. Так как при первичной регистрации практически невозможно различить нюансы в имени Наталья и Наталия.

Отчество. По нашим данным недостоверных первичных сведений было намного меньше чем с именем и фамилией. Отчество еще больше привычно для слуха регистратора. В немалой степени это связано с меньшим количеством отчеств, чем имен, так как отчество является производным только от мужского имени. Вместе с тем, при случае регистрации сложных непривычных для большинства граждан РФ фамилий следует при формировании окончательных списков проверить правильность написания как имен, так и отчеств [7]. Обращаем особое внимание на необходимость внимательного отношения при регистрации двойных фамилий, равно как и таких окончаний как Оглы, Ага, Заде.

Возраст. У пострадавших с первичной регистрацией неизвестные колебания возрастной оценки могут иметь большой диапазон. В тоже время большого количества ошибок по возрасту (с учетом диапазона +- 5 лет) нами зарегистрировано не было. Следует отметить, что возраст человека достаточно конкретен и его диапазон не столь велик; не может быть возраст более 100 лет и менее 1 года, а это значит, что в сущности возраст ограничен достаточно конкретным диапазоном. Встречаются казуистические случаи сознательного уменьшения или увеличения своего возраста у пострадавших.

Пол. Наиболее ясное и стабильное составляющее из первичных данных. Одна из наименее вариабельных по количеству. В данной работе мы не разбираем ситуацию связанную с идентификацией фрагментов тела, а рассматриваем ситуацию с пострадавшими нуждающихся в медицинской помощи. Однако в условиях современного общества могут быть случаи несоответствия внешнего облика и пола. Таким образом и этот казалось бы надежный показатель не может трактоваться как абсолютно достоверным. Известны случаи запутанных историй с полом в «спорте высоких достижений», что отражено в статье известного специалиста по спортивной медицине профессора Людвига Прокопа. Просматривая фотографии и видеоматериалы маршей и демонстраций секс-меньшинств в самом деле бывает затруднительно определить половую принадлежность.

Место жительства. Как показал анализ, очень часто обнаруживается несоответствие первичных данных таким критериям как: место постоянной регистрации, место проживания, место фактического проживания. Эти факторы особенно проявляются после регистрации пострадавших при обрушении в жилых домах. Списки прописанных не могут служить достоверными источниками при идентификации пострадавших. Прописанные в доме люди могут фактически проживать в других местах, уехать в командировку, в гости, ровно как и могут приезжие люди и фактически проживать в этом доме имея другую регистрацию. Это приводит к тому, что пострадавший называет адрес места ЧС, а не адрес фактического проживания. Это выясняется в последующем при оформлении медицинских и социальных документов.

Таким образом, составление окончательных, выверенных списков пострадавших при ликвидации медицинских последствий ЧС является трудоемким, растянутым во времени динамичным процессом в силу объективных, субъективных, правовых, технических и «человеческих» факторов и может занимать от нескольких часов, до нескольких недель.

Таблица № 2. Выкопировка из 100 первично полученных сообщений о пострадавших при ликвидации различных реальных чрезвычайных ситуаций в Москве.

№	ФАМИЛИЯ $X_1 \leq 8$	ИМЯ $X_2 \leq 7$	ОТЧЕСТ. $X_3 \leq 9$	ПОЛ $X_4 \leq 9$	ВОЗРАСТ $X_5 \leq 7$	АДРЕС $X_6 \leq 8$	ДИАГНОЗ $X_7 \leq 8$	НАРЯД $X_8 \leq 9$	БР
1	Неизв 0	Неизв 0	неизв 0	М 9	45? 4	Нет 0	ЗЧМТ, КОММА 7	54376? 0	11/ 9
2	П-ов 8	А-р 7	М-ич 9	М 9	35 7	М-ва 8	Тр.шок 8	543761 9	14/ 9
3	Н-ов 7	П-р 6	П-ич 9	М 9	42 6	М-ва 8	ЧМТ, СГМ? 7	543763 9	08/ 9
4	Неизв 0	Неизв 0	Неизв. 0	? 0	30? 5	нет 0	ЧМТ, кома 7	534765 9	08/ 9
5	А-ова 8	Н-на 7	С-овна 9	Ж 9	35 7	Обл. 8	Тр.шок 1 8	538769 9	9/1 4
6	Д-у? 4	А-н? 3	М-ев? 3	М 9	21 7	нет 0	ОЧМТ, СГМ, сопор 7	803113 9	08/ 9
7	С-на 8	Наталия 6	И-на 9	Ж 9	28 7	М-ва 8	Реак. Сост. 8	543876 9	07/ 9
8	Н-ев 4	Н-ай 4	Н-вич 4	М 9	44 7	Обл 4	СГМ? 8	564789 9	08/ 9
9	Б-ва 8	И-на 7	П-на 7	Ж 9	53 7	М-ва 8	Ушиб м/т 8	534769 9	11/ 9
1 0	П-в? 4	Э-д? 7	А-ч? 4	М 9	50? 7	М 8	ЗЧМТ, ушиб г/мозга, опьянение 8	751223 9	14/ 9
1 1	Неизв 0	Варвара 7	Неизв. 0	Ж 9	3?	ж 8	ЗЧМТ, СГМ? 8	751223 9	05/ 9

Таблица № 3. Итоговые сведения о пострадавших.

№	**ФАМИЛИЯ** $X_1 \leq 8$	**ИМЯ** $X_2 \leq 7$	**ОТЧЕСТВО** $X_3 \leq 9$	**ПОЛ** $X_4 \leq 9$	**ВОЗРАСТ** $X_5 \leq 7$	**АДРЕС** $X_6 \leq 8$	**ДИАГНОЗ** $X_7 \leq 8$	**НАРЯД** $X_8 \leq 9$
1	А-мов	Ан- й	А-ич	М	43	Москва	ЗЧМТ, кома	543762
2	П-ов	А-р	М-ич	М	35	М-ва	Тр.шок 1-2	543761
3	Н-ов	П-л	П-ич	М	42	М-ва	ЧМТ, СГМ	543763
4	Полоско	Андрей	Влади	М	32	Ростов	ЧМТ, кома	534765
5	А-ова	Н-на	С-овна	Ж	35	Обл.	Тр.шок 1	538769
6	Джайляу	Арман	Мухамбетгалиев	М	21	Саратовская обл.	ОЧМТ, СГМ, сопор	803113
7	С-на	Наталия	И-на	Ж	28	М-ва	Реак. Сост.	543876
8	Гусев	Сергей	Н-вич	М	44	Обл	СГМ	564789
9	Б-ва	И-на	Н-на	Ж	53	М-ва	Ушиб м/т	534769
10	Попов	Максим	Алексеевич	М	30	М	ЗЧМТ, опьянен.	751223
11	Курева	Варвара	Ми-на	Ж	3	М	ЗЧМТ, СГМ	751223

3. Правовые проблемы идентификации пострадавших при оказании экстренной медицинской помощи

Характерной особенностью современных правовых систем является значительное внимание к вопросам защиты информации о физическом лице.

В сфере здравоохранения достаточно часты случаи, когда сложившаяся практика использования и распространения информации о пациенте требует определенной адаптации с учетом законодательных норм. Типичным примером можно назвать оказание медицинской помощи в условиях ЧС. Установление личности пострадавших при ЧС является одной из первоочередных задач. Идентификация пострадавших помогает установить число людей оставшихся в очаге, определить количество пропавших без вести, повысить эффективность маршрутизации, определить количество необходимых коек и т.д. Используются полученные данные о пострадавших и для социальной адресной помощи.

Однако, следует учитывать, что достаточно часто в экстренных случаях не представляется возможным должным образом оформить документацию о согласии на обработку и распространение персональной информации. Большая часть пострадавших в бессознательном состоянии госпитализируются как «неизвестные». Кроме того, даже доступные контакту пациенты могут сообщать о себе неверные сведения –в состоянии стресса или шока человек может отказаться отвечать на вопросы или же ошибиться при ответе, а дети могут не обладать достаточными сведениями, чтобы помочь идентифицировать себя или своих родственников. Не исключены варианты с сознательным предоставлением искаженной информации о пострадавших.

Таким образом, медицинские работники, принимающие пациентов, пострадавших во время ЧС, вынуждены спрашивать пострадавших об их фамилии, имени и отчестве, возрасте, расспрашивать о месте проживания и регистрации, осматривать их вещи (если пострадавший в бессознательном состоянии, его можно идентифицировать по находящимся рядом с ним документам или вещам). Однако с точки зрения законодательства подобные действия являются обработкой персональных данных без согласия их субъекта, что в большей части случаев запрещено.

2.1. Биометрические персональные данные.

Авторами были выявлены проблемы, связанные с необходимостью соблюдения ч.1 ст. 11 №152-ФЗ «О персональных данных», согласно которой сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность и которые используются оператором для установления личности субъекта персональных данных являются биометрическими персональными данными и могут обрабатываться только при наличии согласия субъекта персональных данных в письменной форме.

Однако, по нашему мнению, попытки отнести данные, которые собираются медицинскими работниками при оказании экстренной медицинской помощи к биометрическим имеют весьма шаткие правовые основания. Так, в отечественном законодательстве до сих пор нет чёткого определения того, что следует считать «установлением личности» или «идентификацией личности» Мы полагаем, что достоверная идентификация личности возможна только при использовании сугубо индивидуальных физиологических и биологических особенностей человека (дактилоскопические данные, ДНК и т.д.). Отнесение к биометрическим данным веса, роста, сведений о родимых пятнах, шрамах и т.д. далеко не бесспорно, поскольку эти признаки ни по отдельности, ни в совокупности не могут позволить идентифицировать личность человека со 100% точностью (напоминаем, что ФЗ «О персональных данных» относит к биометрическим персональным данным исключительно те, которые «на основании которых можно установить личность», а не «предположить личность» или же «облегчить процесс установления личности»).

Отдельно следует рассмотреть изображение человека (включая фото- и видеоизображение). Теоретически оно позволяет идентифицировать личность. Однако, на практике это не всегда так.

С правовой точки зрения охрана изображения человека имеет особый правовой статус и регулируется не только ФЗ «О персональных данных», но и ст. 152.1 Гражданского кодекса (далее – ГК) РФ. Пункт 1 части 1 указанной статьи разрешает использование изображения гражданина в государственных, общественных или иных публичных интересах. Верховный Суд РФ в постановлении Пленума от 15.06.2010 №16 пояснил, что к общественным интересам, в частности, следует относить, потребность общества в обнаружении и раскрытии угрозы общественной безопасности и окружающей среде . Таким образом, по нашему мнению, установление личности пострадавших в ЧС с целью дальнейшей проработки плана действий по ликвидации ЧС и её последствий, вполне укладывается в понятие «общественного интереса».

Полномочия сотрудников Всероссийской службы медицины катастроф. Одновременно необходимо отметить особый статус сотрудников Всероссийской службы медицины катастроф. Анализ нормативно-паровых актов, регулирующих деятельность этой службы не исключает толкования, предоставляющего им право в условиях ЧС обрабатывать биометрические персональные данные без согласия их субъекта.

Так, согласно части 2 статьи 11 №152-ФЗ «О персональных данных», обработка биометрических персональных данных может осуществляться без согласия субъекта персональных данных в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации о безопасности. Рассматривая данную норму особое внимание следует обратить на употребление термина «законодательство», который позволяет руководствоваться не только федеральными законами, но и подзаконными нормативно-правовыми актами. Пункт 42 Стратегии национальной безопасности, утвержденной Указом Президента РФ от 31.12.2015 № 683, относит защиту населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера к стратегическим целям государственной и общественной безопасности.

Таким образом, можно практически однозначно утверждать, что законодательство о чрезвычайных ситуациях является частью законодательства о безопасности.

В соответствии с пунктом 4 Положения о Всероссийской службе медицины катастроф, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 26.08.2013 № 734, служба обладает полномочиями по сбору, обработке и предоставлению информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций. Поскольку эта норма является специальной по отношению к общей норме об обработке биометрических персональных данных (и, к тому же последняя, допускает наличие исключений в подзаконных нормативно-правовых актах по вопросам безопасности), вполне допустимо толкование согласно которому Всероссийская служба медицины катастроф обладает полномочиями на обработку биометрических персональных данных без согласия их субъектов, в случае если идентификация личности производится в рамках сбора медико-санитарной информации в целях защиты населения и территорий при ликвидации медицинских последствий ЧС.

К сожалению, упомянутое выше толкование далеко не однозначно и нет никаких гарантий, что с ним согласятся суды, в случае если сотрудника Всероссийской службе медицины катастроф обвинят в незаконной обработке биометрических персональных данных. Кроме того, не следует забывать, что в зоне ЧС работают и медицинские работники, не относящиеся к службе медицинских катастроф. В первую очередь имеются в виду сотрудники БСМП которые нередко первыми прибывают на место ЧС. В законодательных актах, регулирующих их деятельность, вообще отсутствуют нормы, позволяющие обрабатывать биометрические персональные данные без согласия субъекта.

2.2. Правовые препятствия в работе обычных бригад скорой помощи в условиях ЧС

Принятый 14.03.2018 года профессиональный стандарт «Врача скорой помощи» №133н запретил выездным бригадам скорой медицинской помощи собирать любую информацию, выходящую за рамки анамнеза. Трудовое действие в профстандарте формулируется следующим образом: «Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации». Упомянутый профессиональный не предусматривает сбор врачом скорой помощи информации не относящейся к жалобам пациента или анамнезу их жизни. Кроме того, профессиональный стандарт закрепляет исчерпывающий круг лиц, у которых может собирать анамнез врач скорой помощи. Это пациенты и их законные представители. Опрос никаких иных лиц, даже при прибытии на место ЧС, профстандартом не предусмотрен. С такой формулировкой врач скорой, например, не имеет права расспросить бабушку о ее внуке только что вынесенном пожарными из очага возгорания – в отличие от родителей, бабушка не является законным представителем. Учитывая, что такие варианты событий встречаются во время оказания скорой медицинской помощи в условиях ЧС очень часто, мы предлагаем в профессиональном стандарте заменить слова «Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей)» словами ««Сбор жалоб, анамнеза жизни и иной информации, необходимой для постановки диагноза и проведения лечения у пациентов (их законных представителей или иных лиц, обладающих указанной информацией)».

При этом, возвращаясь к проблеме обработки биометрических данных, необходимо принять во внимание, что пациент с которым работают сотрудники бригады скорой помощи как правило находится или в бессознательном состоянии или же в состоянии, в котором счет «идет на минуты» и врач имеет более срочные задачи помимо получения согласия на обработку персональных данных. Поэтому остается либо надеяться на то, что один из высших судов подтвердит позицию, в соответствии с которой вес, рост, возраст и прочее не являются биометрическими персональными данными, либо ждать изменений в законодательстве.

2.3. Классификация информации с ограниченным доступом, обрабатываемой медицинскими работниками во время ЧС.

Вместе с тем, правовые проблемы идентификации пациентов при оказании медицинской помощи в условиях ЧС не исчерпываются вопросами биометрии. Даже если данные, собираемые медицинскими работниками у пострадавших во время ликвидации ЧС не являются биометрическими персональными данными, они все равно имеют правовой статус, ограничивающий их распространение.

В ходе анализа различные сведения о пациентах нами были разделены на четыре категорий в зависимости от их правового статуса:

- простые персональные данным (фамилия, имя, отчество, возраст, дата и место рождения, место постоянного проживания, вес и рост, цвет волос, глаз и т.д.).
- специальные персональные данные (сведения о здоровье пациентов – включая описания родимых пятен, шрамов, рубцов, повреждений и т.д.)
- врачебной тайне (сведения о диагнозе пациента, сведения о медицинской организации в которую поступил пациент, сведения о протекании заболевания пациента, включая перевод в другое отделение и смерть),
- иные сведения (дата и время обнаружения, место и обстоятельства обнаружения, одежда пациента, предметы, находившиеся при пациенте и т.д.), не имеющие статуса информации с ограниченным доступом.

Несмотря на то, что первые 3 категории имеют ограничения без предварительно полученного согласия, мы полагаем, что в условиях ЧС возможно найти правовые основания.

Простые персональные данные. Согласно статье 9 ФЗ «О персональных данных» субъект персональных данных принимает решение о предоставлении его персональных данных и дает согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе. Согласие на обработку персональных данных должно быть конкретным, информированным и сознательным. Согласие на обработку персональных данных может быть дано субъектом персональных данных или его представителем в любой позволяющей подтвердить факт его получения форме, если иное не установлено федеральным законом.

Таким образом, согласие на обработку простых персональных данных может быть, как письменным, таки устным, что значительно упрощает порядок действий медицинских работников. Это согласовывается с частью 2 статьи 152 ГК РФ, согласно которой сделка, которая может быть совершена устно, считается совершенной и в том случае, когда из поведения лица явствует его воля совершить сделку.

Обработка простых персональных данных без согласия субъекта возможна в случае, когда существует необходимость защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных, при условии, что получение согласия субъекта персональных данных невозможно. Обращаем внимание на то, что для использования упомянутой выше нормы должно быть невозможным получение согласия от самого субъекта персональных данных. То есть, если пострадавший в сознании и в адекватном психическом состоянии, то он, независимо от наличия угрозы его жизни и здоровью, должен дать согласие (по крайней мере устное) на сбор и обработку его простых персональных данных.

2.4. Специальные персональные данные

В случае со специальными персональными данными согласие субъекта на их обработку может быть только письменным. Следует отметить, что к специальным персональным данным относится любая информация о здоровье человека, а не один лишь диагноз. Однако и в этом случае, мы видим ряд законодательных исключений вполне применимых во время ЧС.

Во-первых, аналогично простым персональным данным, их обработка без согласия субъекта возможна для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов такого субъекта.

Во-вторых, обработка специальных персональных данных без согласия осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В-третьих, специальные персональные данные (включающие информацию о здоровье) могут обрабатываться для установления или осуществления прав субъекта персональных данных. Это является основанием для обработки и распространения персональных данных детей. Поскольку согласно Семейному кодексу РФ каждый ребенок имеет право на воспитание своими родителями, обеспечение и защиту его интересов родителями, распространение его персональных данных с целью поиска родителей вполне обосновано.

Врачебная тайна. Рассматривая вопросы обработки и распространения сведений о здоровье пациента нельзя обойти вниманием то, что большинство из них одновременно является и врачебной тайной. Более того, понятие врачебной тайны даже шире чем просто сведения о состоянии здоровья пациента. Так, врачебной тайной являются сведения о медицинской организации в которую поступил пациент, пострадавший после ЧС, сведения о

протекании заболевания пациента, включая перевод в другое отделение, смерть или выздоровление.

Сведения, составляющие информацию о личной жизни. В экстренных ситуациях для оперативной идентификации пострадавшего используется весь комплекс доступной информации о пациенте – включая сведения, не относящиеся к персональным данным и врачебной тайне – дата, время, обстоятельства и место обнаружения. В ряде случаев упомянутая выше информация может относится к информации о личной и семейной жизни, распространение которой без согласия гражданина ограничено в соответствии со статьей 152.2 ГК РФ.

Кроме того, необходимо учитывать, что некоторая информация об обстоятельствах и месте обнаружения пострадавшего (например, «с обширными ожогами», «с осколочным ранением» и т. д.) иногда все же может относится к врачебной тайне и распространение такой информации должно происходить с соблюдением советующих норм законодательства. Отдельно следует рассмотреть вопрос алкогольного опьянения. Мы категорически не рекомендуем медицинским работникам, оказывающим скорую и медицинскую помощь, использовать словосочетание «в состоянии алкогольного опьянения» в процессе передачи информации о пациенте. Это касается как оказания помощи в условиях ЧС, так и других ситуаций. Необходимо помнить, что «алкогольное опьянение», согласно МКБ-10 относится к расстройствам поведения, связанным с употреблением психоактивных веществ и подобный диагноз может выставляться только наркологом или психиатром. С юридической точки зрения даже наличие следов алкоголя в крови не является тождественным алкогольному опьянению (последнее – именно психическое состояние). Поэтому при описании обстоятельств обнаружения пострадавшего мы, для исключения возможных исков о защите чести и достоинства, рекомендуем не упоминать об алкогольном опьянении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая анализ, мы отмечаем, что законодательство, регулирующее обработку и распространение медицинской информации, содержащей персональные данные и врачебную тайну пациентов, не в полной мере приспособлено к реальным условиям экстренной и неотложной медицинской помощи. Так, статья 13 Федерального конституционного закона: № 3-ФКЗ «О чрезвычайном положении», устанавливая меры и временные ограничения абсолютно не затрагивает вопрос обработки и распространения информации принадлежащей пострадавшим с целью идентификации последних при оказании им медицинской помощи.
Поэтому, на сегодня легальность действий медицинских работников в отношении сбора и распространения информации о пострадавших в ЧС, к сожалению, базируется не законодательных нормах прямого действия, а на косвенных выводах из некоторых правовых актов.

Для исключения в будущем возможности предъявлять врачам претензии в разглашении информации с ограниченным доступом, необходимо внесение изменений в законодательство. Наиболее целесообразным является внесение соответствующих изменений при оказании экстренной медицинской помощи БСМП и ликвидации медицинских последствий ЧС в ряд ФЗ.

В №152-ФЗ «О персональных данных» в статьи 6, 10, 11 (соответственно – «Условия обработки персональных данных», «Специальные персональные данные», «Биометрические персональные данные») необходимо внести изменения, допускающие обработку и распространение любых персональных данных без согласия их субъекта.

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требует дополнения пункта 2 части 4 ст. 13 (ч.4 ст. 13 устанавливает случаи предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя). .

В № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» изменения целесообразно внести в ст.7 («Основные принципы защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций»), дополнив его нормой, позволяющей медицинским работниками и медицинским организациям принимать участие в установлении личности пострадавших в результате ЧС, требующих медицинской помощи и, в частности, производить без согласия гражданина на обработку и распространение персональных данных, в целях установления личности пострадавшего.

Также целесообразно дополнить указанную статью нормой, позволяющей медицинским работниками и медицинским организациям в случае необходимости установления личности пострадавшего предоставлять сведения содержащие врачебную тайну (вне зависимости от наличия согласия пострадавшего или его законного представителя).

Абзац пятый статьи 19 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (обязанности граждан Российской Федерации в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций) предписывающий гражданам «выполнять установленные правила поведения при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций» необходимо дополнить нормой конкретизирующей такие правила, а именно словами «в частности оказывать содействие лицам органам и организациям, осуществляющим деятельность по ликвидации ЧС и ее последствий (включая оказание медицинской помощи пострадавшим в ЧС) в установлении личности пострадавших в ЧС».

Воплощение предложенных законодательных изменений в жизнь значительно усилит правовую защищенность медицинских работников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Пашкина Т.А. Перепись населения в России: Историческая преемственность и новации: Социологический анализ: Автореф. дисс.канд.соц.наук. -Саратов, -2003 .
2. Жога Е. Ю., Васенин А. Ю., Варченко И. А. Роль государственной геномной регистрации в предупреждении, раскрытии и расследовании преступлений. Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки.- 2017. 6-7: -С.117-121.
3. Лобанов Г.П., Сахно И.И., Гончаров С.Ф. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС: Пособие для врачей/ – М., ВЦМК «Защита», -2001. - 43с.
4. Л.Г.Костомарова, Л.Л.Стажадзе. Территориальная служба медицины катастроф/ –М,. Изд-во «Аякс», -2001. 223 с.
5. Л.Л.Стажадзе, Л.Б.Буданцева, Л.Г.Костомарова, С.А.Федотов. Факторы, осложняющие регистрацию учетных параметров при составлении списков пострадавших в процессе ликвидации медицинских последствий ЧС. // Медицина катастроф, -2013.- № 1(81). - С. 10-13.
6. С.А.Гуменюк, Л.Л.Стажадзе. Аксиомы организационных аспектов ликвидации медицинских последствий крупномасштабных ЧС на догоспитальном этапе в мегаполисе// Справочник врача общей практики, - 2018. -№7,-С.24-27.
7. Современный толковый словарь русского языка. Под ред. Т.Ф. Ефремовой, т.2. -М: Изд-во АСТ; 2000.,- 1168 с.