Серия

«Среднее медицинское образование»

В. И. АКОПОВ

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Рекомендовано Научно-методическим советом  
Международного научного общественного объединения  
«МАИТ» для использования в качестве учебного пособия  
для студентов образовательных учреждений среднего  
медицинского образования, обучающихся по специальности  
31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело.  
32.02.01 Медико-профилактическое дело  
(рецензия 17-04 от 1 марта 2017 г.)

Издание 5-е,

переработанное и дополненное

Ростов-на-Дону

«Феникс»

2017

ПРЕДИСЛОВИЕ

Основная цель современного здравоохранения — повышение качества медицинской помощи. В решении этой задачи, наряду с другими факторами, важная роль принадлежит самому многочисленному отряду медиков — медицинским работникам среднего звена и особенно полуторамиллионной армии медицинских сестер. По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), одна из составляющих качества медицинской помощи — безопасность — напрямую зависит от качества работы медсестры.

В соответствии со ст. 77 «Особенности подготовки медицинских и фармацевтических работников» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» был издан Приказ М3 РФ от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

Квалификационные требования к основному и, особенно, к дополнительному образованию медицинских работников предусмотрены Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденных Приказом М3 СР РФ от 23.07.2010 № 541 н. Важно, что всем специалистам, занимающим должности среднего медицинского персонала, предписано знать законодательство и права граждан в сфере охраны здоровья.

Первое издание учебного пособия, посвященного правовому регулированию профессиональной деятельности медицинского персонала, было выпущено также издательством «Феникс» (соавтор по вопросам гражданского и семейного права Ю.В. Карасова, 2008). Оно состояло из двух разделов, первый из которых включал краткие сведения о различных отраслях права — от государственного и аграрного до уголовного и уголовно-процессуального. Второй раздел соответствовал названию книги. Следующее издание вышло в 2014 году и в соответствие с названием было посвящено только вопросам медицинского права. В 2015 году в издательстве Феникс выходит третье издание пособия «Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала», также рекомендованное Минобразованием РФ в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся в медицинских училищах и колледжах».

В настоящем пособии изложены в расширенном и обновленном виде правовые основы профессиональной деятельности сестринского персонала. Содержание почти всех глав претерпело существенные изменения в связи с принятием за эти годы многочисленных нормативных актов, в том числе федеральных законов сферы охраны здоровья граждан. Прежде всего стоит отметить, что взамен принятых еще в 1993 г. «Основ законодательства об охране здоровья граждан», т. е. правового акта непрямого действия, в России в 2011 г. впервые был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Кроме того, вышли другие важные Федеральные законы, немало нормативных документов, например, Постановления Правительства РФ «Об утверждении Положения о порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками» (2011), «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (2012), «Об определении момента смерти» (2012), а также ряд важных нормативных ведомственных документов.

Основной раздел пособия содержит более ста федеральных нормативных документов: Конституция РФ, законы, постановления правительства, указы президента, приказы М3 РФ и другие. Причем номер, дата и указание на источник публикации позволяют легко найти нормативный документ. Учащимся нужно знать только основные из них,

остальные, в том числе подзаконные акты, дают представление о глубине и широте законодательной базы и могут понадобиться при необходимости. В этом смысле учебное пособие полезно не только студентам колледжей, но и слушателям факультетов повышения квалификации.

В конце пособия имеется три приложения: а) тесты с ответами, которые, как и вопросы, предназначены для самоконтроля знаний по темам; б) ситуационные задачи по разным разделам права и конкретным ситуациям — для тренировки умения использовать знания при разрешении правового конфликта; в) темы рефератов для самостоятельного изложения проблемы.

Пособие написано в соответствии с учебной программой для средних медицинских образовательных учреждений с целью изучения основ права и юридических аспектов профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. Вместе с тем содержание и представленные источники с комментариями могут служить справочником по медицинскому праву для практикующих медицинских работников: медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, фармацевтов и других.

ВВЕДЕНИЕ

Главная задача российского здравоохранения — кардинальное улучшение качества медицинской помощи — в немалой степени зависит от деятельности сестринского корпуса, на плечи которого ложится 80% всей заботы о больных. За последние годы эта задача не только не решена, но стала еше более проблематичной. Между тем кадровый дефицит медработников среднего звена, необходимость повышения качества медицинской подготовки и дефицит знаний в области медицинского права требуют совершенствования их образования в колледжах и на последипломном этапе.

Приказ Минобразования и науки от 12.01.2005 N° 4, выделивший специальность 060109 «Сестринское дело», расширил функциональные обязанности медсестры и повысил ее статус. Организационная структура сестринского процесса под руководством лечащего врача состоит из непосредственного участия в обследовании больного, диагностировании его состояния, в оказании помощи больному и выполнении сестринских вмешательств. Изменения в организации и оснащении претерпела служба скорой медицинской помощи.

В 2006 г. Федеральное государственное образовательное учреждение «Всероссийский центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» утвердил рабочую программу «Правовое обеспечение профессиональной деятельности по специальности 0406 «Сестринское дело» для повышенного уровня среднего медицинского образования».

Государственная программа развития сестринского дела в России была принята I Всероссийским съездом средних медицинских работников и утверждена Приказом М3 РФ от 31.12.1997 № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в РФ». Еще тогда была поставлена задача изменить сложившееся в стране представление о медицинской

Введение

7

J

сестре, акушерке, фельдшере и других медработниках. Утвердилась трехуровневая система образования медсестер. Состоявшийся в Санкт-Петербурге в октябре 2012 г. общероссийский форум сестринского персонала, организованный «Ассоциацией медицинских сестер», большое внимание уделил совершенствованию профессионального сестринского образования, которое призвано гарантировать высокий уровень подготовки в целях компетентного решения профессиональных задач.

Эти требования направлены на постепенное превращение медицинских специалистов среднего звена в самостоятельно действующих специалистов со своими целями и автономными задачами. Они призваны создать правильные взаимовыгодные отношения между врачом и средним медперсоналом, сформировать у современной медсестры и фельдшера свое мировоззрение, свою этику, изложенную в «Этическом кодексе медицинской сестры России». В нем записано, что медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной сестринской ассоциацией. Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в Федеральном законе от 21.11.2011 Х° 323-ФЗ Ред от 03.07.2016 (с изм. и доп., вступ. в силу 03.10.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Следует отметить: несмотря на то, что врачебное и сестринское дело тесно взаимосвязаны, дополняют друг друга и немыслимы одно без другого, это самостоятельные профессии, имеющие существенные различия по влиянию на больного и на лечебный процесс. Россия, которая (как и СССР) имеет наибольшее количество врачей и продолжает выпускать их ежегодно, намного опережая по численности многие развитые страны, испытывает недостаток в подготовленных медицинских сестрах. В настоящее время на одного врача приходятся два средних медработника. {Министерством здравоохранения РФ поставлена задача довести это соотношение до 1:3, несмотря на то, что в развитых странах оно равно 1:5.

8 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Важно иметь в виду и сложившееся с годами положение медицинской сестры только как помощницы и исполнительницы врачебных указаний, а не автономно действующего специалиста со своими целями и задачами. В отличие от роли сестры милосердия XIX в., у современной медицинской сестры формируются свое мировоззрение, своя этика, стандарты которой изложены в Этическом кодексе медицинской сестры России, и совершенно новый объем знаний, включая участие в медицине высоких технологий.

Важным для формирования взаимоотношений медицинского работника и пациента являются четко сформулированные права пациента, а также права и обязанности медицинского работника. Деятельность среднего медицинского персонала определяют понимание и отношение к таким острым проблемам медицины, как основы медицинского права, порядок занятия целительством, этика отношения к умирающему и эвтаназии, определению момента смерти, патологоанатомическому вскрытию, трансплантации органов и тканей, донорству крови, регулированию репродуктивной функции человека, к различным аспектам информации и медицинской тайне.

В последние годы особое значение приобрели такие актуальные для медицины, врачей и среднего медицинского персонала проблемы, как качество оказания медицинской помощи, стандарты качества, а в связи с этим — контроль и экспертиза качества. Они вышли за рамки медицинских и этических проблем и приобрели большое правовое значение, им отведено значительное место в базовом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Однако несмотря на это, проблема качества медицинской помощи остается актуальной, более того, она обострилась в связи с существенным сокращением расходов на здравоохранение.

В учебном пособии приводятся сведения о ненадлежащем оказании медицинской помощи, классификации и характеристике дефектов деятельности медицинских работников, о досудебной проверке фактов ненадлежащего профессионального правонарушения. Наконец, выделена

Введение

1

9

глава, посвященная различным видам юридической ответственности медицинских работников за допущенные нарушения — дисциплинарной, административной, гражданско-правовой, уголовной. Разъяснены пути урегулирования конфликта и расследования после возбуждения уголовного дела или подачи гражданского иска, порядка проведения судебно-медицинской экспертизы при подозрении на профессиональное правонарушение медицинского работника. Приводятся примеры из экспертной практики правонарушений медицинских работников среднего звена.

Проведенный путем анонимного анкетирования опрос 120 опытных медсестер, среди которых 32,6% специалистов со стажем более 10 лет и более половины из них — с высшей квалификационной категорией, показал весьма слабое знание основ медицинского права, что говорит о том, что, повышая профессиональную квалификацию и опыт, они не придавали значения правовым знаниям. Эти конкретные данные подтверждают необходимость пристального внимания к правовой подготовке как неотъемлемой части профессиональной подготовки медицинских сестер.

И всегда, чтобы не нарушать установленные законодательными актами положения, необходимо видеть, признавать и уважать права пациента; хорошо знать свои юридические права, обязанности и ответственность; иметь представление о возможностях правовой защиты от необоснованных обвинений. Необходимо знать законодательство РФ об охране здоровья граждан и уметь им пользоваться в сложных ситуациях практической деятельности, протекающей в условиях рыночной экономики. При возникновении спорных случаев или некачественном оказании медицинской помощи, сомнений в правильности своего профессионального поведения или допущенного дефекта при техническом исполнении сестринской манипуляции нужно знать правовые пути досудебного и судебного урегулирования возникшего конфликта.

В решении общих правовых основ этих проблем существенную помощь могут оказать изложенные в пособии сведения.

РАЗДЕЛ !

О МЕДИЦИНСКОМ ПРАВЕ, ПОДГОТОВКЕ  
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА  
СРЕДНЕГО ЗВЕНА И МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

ГЛАВА 1

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ИНСТИТУТА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ И ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗНЫХ СТРАНАХ. ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В РОССИИ

1. Краткая история создания института медицинских сестер

В России впервые женский труд по уходу за больными был использован при Петре I. По его указу в 1715 г. были созданы воспитательные дома, а в 1803 г. в Москве и Петербурге — «вдовьи дома» — больницы для призрения неимущих, в которых использовался женский труд.

В середине XIX в. в Великобритании Флоренс Найтин- гейл на основе своего практического опыта создала систему ухода за больными и в 1859 г. написала записки по уходу за ними. Она организовала первое учебное заведение при госпитале для женщин и стала его смотрительницей. Это явилось началом сестринского дела, которое Найтингейл называла искусством, основанным на научной подготовке. Флоренс положила начало исключительной роли медицинской сестры в охране здоровья общества.

ГЛАВА 1. К истории создания института сестер милосердия

и правового регулирования медицинской деятельности

I

11

Это движение было подхвачено в России и стало научно-методическим основанием для развития женского движения в медицине. Во второй половине XIX в. появились общины сестер милосердия, сыгравшие важную роль в российской медицине. Девизом общины были слова: «Любовь, мужество, честь». В период Крымской войны 1853—1856 гг. сестра императора Николая I великая княгиня Елена Павловна на свои средства учредила Крестовоздвиженскую общину сестер милосердия для ухода за больными и ранеными на перевязочных пунктах и в госпиталях. Великий хирург Николай Иванович Пирогов поддержал это движение и в 1855 г. разработал подробную инструкцию деятельности для каждой категории сестер милосердия: сестры по уходу, сестры-аптекарши и операционной сестры. На базе вышеуказанной общины медицинских сестер было основано благотворительное общество Красного Креста, и в 1875 г. разработаны «Правила о порядке деятельности медицинских сестер Красного Креста». Они разграничивали медсестер на постоянных сестер, работающих в общинах, и волонтерок — сестер милосердия на период войны. Большую помощь оказывали сестры милосердия и в период Русско-турецкой войны 1877-1878 гг. Их уважали, любили и называли белыми голубками.

Во все времена наряду с простыми русскими женщинами, такими как легендарная Даша Севастопольская (только недавно установлено подлинное ее имя — Дарья Алексеевна Михайлова, и поставлен памятник), священная Елизавета Петровна Карцева и многие другие, своим долгом считали быть сестрами милосердия женщины знатных фамилий. Много сделала для женского движения милосердия баронесса Вревская, организовавшая на собственные средства санитарный отряд. Сестрами милосердия были последняя императрица Александра Федоровна, великие княжны Анастасия, Татьяна, Мария, расстрелянные большевиками в 1918 г. вместе с императором Николаем II в доме Ипатьева в Екатеринбурге.

12 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Российская благотворительная милосердная общественная организация Красного Креста, в зарождении которой основную роль сыграли сестры милосердия, в 2012 году отметила 145-летие. Гордость мировой хирургии, великий ученый и патриот Н.И. Пирогов девизом ее обозначил слова: «Служить Отечеству через человеколюбие».

1. Краткая история законодательства, регулирующего медицинскую деятельность в разных странах

Профессия медицинского работника — одна из самых древних и почитаемых. Ее возникновение восходит к первобытному обществу. Медика всегда считали избранником Божьим, жрецом, стоявшим выше людей других профессий, но, тем не менее, на разных этапах истории были попытки регламентации деятельности врача, приводились этические нормы его поведения, взаимоотношений с больными, отношения к нему общества.

В таких государствах древности, как Месопотамия, Индия, Китай, Египет, Вавилон, Греция, Грузия, были школы лекарей, оказывалась медицинская помощь населению, в том числе бедным, следили за предупреждением эпидемий с помощью санитарного надзора. Были попытки государственной регламентации деятельности лекарей. В Средневековой Армении в 1184 г. был Судебник Мхитара Гоша, а в 1265 г. его обновил и дополнил Смбат Спарапет. В этих кодексах предписывалось привлекать врачей в качестве сведущих лиц при решении вопросов медицинского характера. В статье 137 Судебника устанавливались повреждения, несовместимые с жизнью и другие, в ст. 151 отмечалось, что несведущий врач может убить человека по ошибке или умышленно.

В индийской книге «Аюрведа» (аюр — жизнь, веда — знание) написано, что врач для больного должен быть отцом, для выздоравливающего — охранителем, для здорового — другом. В книге приведено высказывание выдающегося медика того времени Сушрута о враче, который должен обла

ГЛАВА 1. К истории создания института сестер милосердия I 13

и правового регулирования медицинской деятельности |

дать чистым сострадательным сердцем, спокойным темпераментом, правдивым характером, отличаться величайшей уверенностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро. В Кодексе Хаммурапи (1792-1750 гг. до н. э.) врач оценивается высоко, но и требования к нему предъявляются суровые. Так, например, причинение смерти пациенту могло повлечь лишение руки.

В Китае еще до нашей эры имелись документы, регламентировавшие работу врача. В известном труде Древнего Китая «Чжуд-ши» записано: «Основу хорошего врача составляют шесть качеств, по которым он должен быть добрее, всецеломудрым, прямодушным, исполненным обетов, искусным во внешних проявлениях, старательным в своей деятельности и мудрым в человеческих науках». В 1247 г. в Китае знаменитый ученый Сун Цы издал руководство, содержащее медицинские сведения по расследованию дел о причинении вреда.

Особое место в развитии медицинской науки и становлении медицинской регламентации имела деятельность знаменитого врача Средней Азии Ибн Сины (Авиценны) (980— 1037 гг.). В его «Каноне врачебной науки» изложены важные даже для сегодняшнего дня положения.

В Древнем Риме профессия врача почиталась очень высоко, что навеки воспел Гомер в своей «Илиаде»: «Стоит многих воителей смелых один врачеватель искусный». Обычно врачебная специальность передавалась из поколения в поколение. Юлий Цезарь, понимая острую необходимость лекарей, предоставлял римское гражданство всем, кто изучал медицину, а Марк Аврелий (II в.) законодательно потребовал городам нанимать и содержать «народных врачей». Позже этому примеру последовала и Византия, где уже с VIII в. стали открывать больницы для бедных.

В ряде работ Гиппократ, которому предшествовало 16 поколений его косских предков-врачевателей и чей опыт он осмыслил, сформулировал и обобщил требования к врачу. В «Клятве» он впервые четко определил обязательства, которые брал человек, посвятивший себя служению медицине. В своих сочинениях Гиппократ сравнивал врача с

14 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Богом. Он отмечал, что врачу свойственны презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота мыслей, знания. В работе «О враче» Гиппократ писал, что врач должен выглядеть здоровым, ибо те, кто сам не имеет хорошего вида, не могут иметь правильную заботу о других. Врач должен быть прекрасным и добрым, значительным и справедливым человеком.

В Европе первым государственным документом, вводившим в практику суда медицинскую экспертизу, был кодекс императора Карла V «Каролина» (1532 г.). В Западной Европе в XVI в. были изданы документы, содержащие сведения из медицины, для их использования в судебных разбирательствах.

1. Становление отечественного законодательства,

регулирующего деятельность медицинского работника

Историю регулирования медицинской помощи на Руси некоторые историки подразделяют на несколько периодов, в которые происходили принципиальные изменения в этой области.

Становление врачевания и правового регулирования медицинской помощи в Древней Руси (X—XVII вв.). При князьях Олеге и Игоре предусматривалось законом наказание за нанесение побоев. Владимир после Крещения Руси (988 г.) способствовал зарождению врачевания в виде народной, в основном языческой и монастырской, медицины. В 1051 г. был основан Киевско-Печерский монастырь. По указу Владимира при монастырях создавались больницы. На Русь привозились сочинения Гиппократа и других целителей, которые оказывали влияние на развитие более совершенных научных подходов к лечению больных.

В городах врачеванием за определенную плату занимались лекари. Источником права князя Владимира был созданный им церковный устав, который в основном был посвящен семейно-брачным отношениям, нравственности поведения, отношению к престарелым, убогим, сиротам,

ГЛАВА 1. К истории создания института сестер милосердия

и правового регулирования медицинской деятельности

15

J

инвалидам. Он также определял наказание за половые преступления.

Большое значение на Руси в тот период имел первый свод законов «Русская Правда», который впервые вышел в X в., а затем обновлялся в XI и XV вв. В этом документе повреждения уже подразделялись на легкие и тяжкие, в зависимости от этого устанавливалось наказание.

Большую роль в развитии медицинской помощи и ее регламентации играл Аптекарский приказ (XVI в.). Это учреждение ведало не только врачебными делами и аптеками, но и многим другим. Интересно, что в Аптекарском приказе давалось заключение о праве на медицинскую деятельность, о правильности лечения врачами или лекарями, не имевшими права заниматься такой деятельностью. Подвергались медицинскому осмотру тела умерших для принятия решений о возможных виновных в смерти лицах. В 1700 г. вышел знаменательный указ, который вошел в полное собрание сочинений законов. Это первый в России закон, предусматривающий наказание за врачебные ошибки, — «Боярский приговор. О наказании не знающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больному».

{Медицинская служба и законодательство в Петровский период (XVIII в.). Большую роль в законодательной медицинской деятельности сыграла эпоха Петра I. Взамен «Русской Правды», которая утратила свое значение, появились такие правовые акты, как, например, Воинский (1716 г.) и Морской (1720 г.) уставы. Наряду с основным назначением эти нормативные документы содержали положения, определяющие организацию медицинского дела, и не только в армии-. В частности, отмечались назначение и положение докторов (обучавшихся в заграничных вузах), аптекарей, лекарей (врачей с отечественным дипломом), подлекарей (фельдшеров). Воинский и Морской уставы Петра I законодательно закрепили наказание за ненадлежащее врачевание.

Были открыты госпитали с моргами, первый из них — в 1706 г. в Москве. Был издан указ, по которому впервые в

16 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

мире при подозрении на насильственную смерть необходимо было обязательное вскрытие трупа, что положило начало судебно-медицинской службе. Указ «Об освидетельствовании дураков в Сенате» (1722) способствовал образованию судебно-психиатрической экспертизы. Аптекарский приказ был преобразован в Медицинскую коллегию, а затем, в 1725 г., — в медицинскую канцелярию.

Медицинская служба и ее регламентация в России в XIX в. Ряд нормативных документов имели значение в развитии организации медицинской помощи в послепетровский период. Это указы Екатерины II о реорганизации медицинской канцелярии и деятельности госпиталей, об организации двух медико-хирургических академий в Москве и Санкт-Петербурге, в которых трудились великие ученые- медики И.М. Сеченов, С.П. Боткин, И.П. Павлов, Н.И. Пирогов. Кстати, с благословения последнего в России появились медицинские сестры.

По указу Николая I медицинские учебные заведения переведены из Министерства внутренних дел в Министерство народного просвещения. В 1827 г. появилось первое в России страхование от несчастных случаев и страхование жизни.

Особое значение имеют реформы Александра II, которые начались в 1861 г. с отмены крепостного права. В 1864 г. была проведена судебная реформа, сыгравшая исключительную роль в развитии судебной медицины. В том же году в 34 губерниях земская реформа включала «Положение о губернских и уездных земских учреждениях», что положило начало новой форме местного самоуправления — земской медицине, в которой предусматривались участковость, универсальность, бесплатность и профилактическая направленность медицинской помощи. В городах была создана фабрично-заводская медицина, которую должны были содержать владельцы предприятий. Этот период характеризуется открытием ряда медицинских университетов и периодической медицинской печати, а также Пироговскими съездами врачей. В 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования.

ГЛАВА 1. К истории создания института сестер милосердия

и правового регулирования медицинской деятельности

17

I

На следующий год в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования, а во многих городах появились больничные кассы и страховые товарищества.

1. Законодательство здравоохранения в советский период (1917-1991 гг.)

Сразу же после революции 1917 г. началась реформа по организации и финансированию социального страхования, но деятельность советской власти оказалась недостаточной для полноценного социального страхования, а медицинского в первые годы не было.

В 1927 г. был принят Закон «О санитарных органах республики», а в 1936 г. был организован центральный медицинский орган — Народный комиссариат здравоохранения РСФСР. Вскоре нарком здравоохранения Н.С. Семашко провозгласил основные принципы национального здравоохранения — государственный характер, плановое развитие, общедоступность, бесплатность, профилактическая направленность, участие населения, санитарное просвещение. Среди юридических документов того периода следует отметить декреты «О страховании на случай болезни», «О мерах борьбы с эпидемиями», «О национализации аптек».

В 1946 г. было образовано Министерство здравоохранения СССР. Важным документом, регламентирующим деятельность медицинских работников, был Декрет ВЦИК и СНК РСФСР 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников». Это был основной законодательный документ, который определял права и обязанности медицинских работников и их ответственность за профессиональные недостатки. Этот документ просуществовал до декабря 1969 г., когда Верховный Совет СССР принял Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении. Они были введены в действие с 1 июня 1970 г. Естественно, здравоохранение было только государственным и финансировалось им полностью, хотя и недо

18

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

статочно. В соответствии с Конституцией оно гарантировало бесплатность, доступность, квалифицированность медицинской помощи и имело профилактическую направленность. Недостатком этого документа были оторванность его от международных документов и отсутствие основных конкретных прав пациента и гражданина в области охраны здоровья. Однако к девяностым годам, после коренных социально-экономических преобразований в стране, принятые в 1970 г. Основы устарели и были отменены вместе с тысячами других нормативных документов.

Юридические основы медицинской деятельности и организация здравоохранения современной России будут изложены в данном учебном пособии ниже.

<!> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите об истории привлечения женского труда для оказания помощи нуждающимся и о первых организаторах общества сестер милосердия.
2. Расскажите о регуляции медицинской деятельности в Средние века.
3. Приведите сведения о становлении и развитии законодательного регулирования медицинской деятельности на Руси (X- XVII вв.).
4. Как Петровские реформы и законодательство регулировали медицинскую службу?
5. Приведите сведения о медицинской службе и ее правовой регуляции в России в XIX в.
6. Назовите особенности законодательства, которое регулировало здравоохранение в СССР (1917-1991 гг.).

ГЛАВА 2

СФОРМИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ И НЕОБХОДИМОСТИ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Принятие Конституции РФ (1993 г.), Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993 г.), а также Федерального закона, от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и около трех десятков других нормативных документов общероссийского уровня создало базу новой отрасли права — медицинской. Свою лепту в это внесли некоторые главы и отдельные статьи административного, гражданского, трудового, уголовного, экологического и других отраслей права.

В 2000 г. была создана Российская ассоциация медицинского права, а в 2003 г. состоялся Первый национальный конгресс по вопросам медицинского права, периодически проводятся всероссийские конференции по вопросам регулирования медицинской деятельности, немало внимания стали уделять проблемам медицинского права различные отрасли медицины. В частности, проведены всероссийские и региональные конференции судебных медиков по проблемам экспертизы ошибок профессиональной деятельности медицинских работников; основаны всероссийские журналы «Медицинское право», «Экспертиза качества медицинской помощи»; издано несколько учебных пособий и монографий; опубликовано множество научно-практических работ медиков, юристов, социологов, экономистов и других специалистов по проблемам медицинского права; функционируют кафедры и курсы медицинского права при медицинских и юридических вузах.

I

20

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Субъектами медицинского права являются все участники правоотношений. Сюда относятся медицинские работники (врачи, медицинские сестры, акушерки, провизоры, организаторы здравоохранения и др.); многочисленные технические, лабораторные службы и другие подразделения; пациент, если он вошел в договорные отношения на оказание медицинской помощи, а также его законные представители. Субъектом медицинского права является также медицинское учреждение, оказывающее медицинские услуги. Оно (медицинское учреждение) будет являться субъектом права при наличии государственной регистрации, разрешения органа управления здравоохранением и лицензии на этот вид деятельности учреждения и его медицинского персонала. Важно наличие договора на оказание конкретных услуг с пациентом и документов, подтверждающих должную квалификацию медицинского персонала на конкретные вмешательства. С другой стороны, субъектом медицинских правоотношений является пациент, в том числе лицо в возрасте старше 15 лет по согласованию с родителями или законными представителями.

Объектом медицинских правоотношений признаются материальные и духовные блага, конечным результатом которых являются выздоровление, улучшение состояния или облегчение страданий, т. е. удовлетворение пациентов результатами труда медиков.

Внутреннее содержание, т. е. система медицинского права, является отдельной медико-правовой дисциплиной — частью правовой и медицинской наук, которая, еще не сформировавшись, используется на практике. Сюда следует отнести не только отдельные статьи уголовного, гражданского права, но и организацию лечебно-диагностического процесса, лекарственную помощь, а также управление в сфере здравоохранения. Обучение предмету медицинского права в медицинских вузах, и особенно в средних медицинских учебных заведениях, далеко от совершенства.

Методом медицинского права является регуляция отношений между врачом, другим медработником и пациентом

ГЛАВА 2.0 формировании медицинского права современной

России и необходимости его изучения медицинскими работниками

21

в процессе оказания лечебной помощи путем применения положений законодательства о здравоохранении и в других отраслях права, составляющих новую отрасль медицинского права. Поэтому медицинское право состоит из конституционных норм, вытекающих из них основ законодательства об охране здоровья граждан и федеральных законов и подзаконных актов в сфере здравоохранения, которые принимаются как органами местного самоуправления, так и Президентом и Правительством РФ. Сюда же относятся ведомственные приказы в сфере медицинской деятельности, а также нормы, содержащиеся в административном, трудовом, гражданском, уголовном и других отраслях права.

Источники медицинского права, т. е. способ закрепления правовых норм, весьма многочисленны и либо расположены в разных отраслях права — от конституционного до других его отраслей (административного, гражданского, трудового, экологического, уголовного и т. д.), либо находятся в рамках законодательной сферы охраны здоровья граждан, начиная с Основ законодательства РФ, федеральных законов в области здравоохранения и заканчивая многочисленными подзаконными ведомственными и вневедомственными актами.

Итак, медицинское право — это совокупность нормативных актов, регулирующих отношения между гражданином и медицинской организацией, между пациентом и медицинским работником в сфере организации, а также их прав, обязанностей и ответственности в связи с проведением диагностических, лечебных, санитарно-гигиенических мероприятий. Эти действия принципиально отличаются от других услуг, предоставляемых гражданам. Поэтому отношения между медиками и пациентами не всегда могут входить в составную часть гражданского права. Многогранная деятельность медика тем более выходит за рамки области охраны здоровья граждан, социального или административного права.

Изменение социально-политической системы России, которое произошло после принятия Конституции РФ и Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993 г.),

22

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

развитие прав человека, переход к рыночным отношениям в экономике коренным образом изменили как все здравоохранение, так и положение медицинского работника, его взаимоотношения с пациентом, обществом, государством. Организация всей деятельности по охране здоровья граждан, появление все новых проблем биоэтики, отношения между участниками в процессе оказания медицинской помощи, до и после него вызвали необходимость создания нового совершенного законодательства, отвечающего требованиям времени и международному праву.

Начало создания медицинского права как самостоятельной отрасли права было положено на 6-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1946 г. с принятием решения о проведении исследований по международному медицинскому праву и необходимости унифицирования основ законодательства в области здравоохранения разных стран. В современной России, как во всяком демократическом государстве, где правит закон, после принятия пакета нормативных документов в области охраны здоровья граждан появилась возможность создания новой отрасли — медицинского права.

Медицинское право — это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, медицинских взглядов и представлений, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности. Причиной появления медицинского права явились следующие обстоятельства: развитие рыночных отношений, в том числе и в медицине (медицинское страхование, частная медицина, предпринимательская деятельность); появление большого количества законодательных актов федерального и территориального уровня в сфере охраны здоровья граждан; требования населения к качеству медицинской помощи; принципиальные изменения в медицинской науке и биологии, приведшие к появлению новых этико-правовых требований регуляции (искусственное оплодотворение, генная инженерия, трансплантация (пересадка) органов и тканей и др.). Необходимость формирования медицинского права заюно-

ГЛАВА 2.0 формировании медицинского права современной

России и необходимости его изучения медицинскими работниками

23

чается в нарастании все новых медико-этических проблем в медицине, требующих правовой регуляции, а также в увеличении с каждым годом конфликтных ситуаций в практике профессиональной деятельности медицинских работников.

Возможность создания медицинского права диктуется накоплением большого количества нормативных документов в разных отраслях права, затрагивающих разные аспекты медицинской деятельности. Комплексность медицинского права вытекает из невозможности решения проблем в области биоэтики и многих конфликтных ситуаций с помощью одной существующей отрасли права. Отношения в обществе в сфере медицинской деятельности могут регулироваться не только нормами охраны здоровья и медицинской помощи, но и применением административного, гражданского, уголовного, экологического, а иногда и других отраслей права. Официально медицинское право не признано из- за проблем классификации норм права на отрасли и кодификации, но фактически в жизни общества оно существует.

Система медицинского права имеет три направления: как комплексная часть права, как часть правовой и медицинской науки и как учебная дисциплина. Она регулирует организацию охраны здоровья граждан РФ. их права и т. д., а также частные разновидности медицинской деятельности в области трансплантации органов и тканей, репродуктивной функции, врачебной тайны, определения момента смерти и пр. Давно предлагается создать медицинский кодекс.

Помимо значения медицинского права как комплексной науки, изучающей общие и частные вопросы юридического регулирования охраны здоровья граждан и медицинской деятельности, оно получило развитие как учебная дисциплина. В 2004 г. в Санкт-Петербурге был издан первый в России учебник «Медицинское право» под ред. профессора С. Г. Стеценко.

Каждый гражданин демократического правового государства должен знать и уважать законы. В ходе изучения курса медицинского права студенты медицинских и юридических вузов приобретают знания о законах в области

24

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

охраны здоровья, умение их интерпретировать, давать оценку неправомерному поведению и предвидеть его юридические последствия. Любому специалисту, а в особенности с высшим образованием, необходимо знать законы, регламентирующие его профессиональную деятельность. Например, в зависимости от специальности и должности он должен знать узаконенные пределы своих квалификационных обязанностей; стандарты тех болезней, с которыми он сталкивается в профессиональной работе; федеральные и территориальные законы, касающиеся его профессиональной деятельности.

Цель курса:

* сформировать у будущих медицинских сестер, фельдшеров и других средних медработников четкое представление о медицинском праве как самостоятельной отрасли права и учебно-научной дисциплине;
* показать основные правовые и этические проблемы современной медицины и медицинского законодательства;
* привить навыки обращения с основными законами федерального уровня и подзаконными актами, регулирующими профессиональную врачебную деятельность в практической деятельности, и поиска нормативно-правовых источников.

Основные задачи курса.

1. Познакомить учащихся с современным законодательством, включая основные подзаконные акты, действующие в сфере медицины.
2. Показать пути становления и тенденции развития медицинского права в России и основы международного права в области медицины.
3. Подчеркнуть значение медицинской этики и проблемы биоэтики как основы создания норм права в медицине при оказании медицинской помощи.
4. Дать представление о системе, структуре, принципах и задачах здравоохранения РФ.

I

ГЛАВА 2.0 формировании медицинского права современной

России и необходимости его изучения медицинскими работниками

25

1. Проанализировать основные положения медицинского права и особенности применения при различных условиях, проблемах и ситуациях, а также права пациента, права, обязанности, поведение и ответственность медицинского работника.

Завершив изучение курса, студент должен знать:

1. положения конституционного права в сфере охраны здоровья;
2. нормы действующих в РФ федеральных законов, ведущих отраслей права и некоторых подзаконных актов, регулирующих профессиональную медицинскую деятельность и интересы граждан в сфере здравоохранения;
3. права и обязанности медицинских работников, принципы и положения их социально-правовой защиты;
4. права пациентов и основные юридические механизмы их обеспечения в современном здравоохранении;
5. юридическую ответственность медицинских учреждений и лиц медицинского персонала за ненадлежащее оказание медицинской помощи, профессиональные и должностные правонарушения;
6. правовые основы медицинского страхования в РФ.

Студент должен уметь:

1. самостоятельно принимать правомерные решения в конкретной ситуации, возникающей при осуществлении профессиональной медицинской деятельности;
2. представлять правовую оценку ненадлежащего оказания помощи больному,
3. определять юридическую ответственность и пути профилактики правонарушений при оказании медицинской помощи;
4. работать с нормативно-методической литературой, кодексами и комментариями к ним, иными подзаконными нормативными актами, регулирующими правонарушения в сфере охраны здоровья;

26

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. надлежащим образом оформлять первичную медицинскую документацию, с учетом требования нормативных документов, представляя их юридическое значение.

Подводя итоги, следует отметить, что перед медицинскими и юридическими работниками поставлена важная задача получить и совершенствовать знание основных законов в области охраны здоровья граждан, знать источники медицинского права и уметь пользоваться или уметь их применять при исполнении профессиональных и должностных обязанностей.

Формирования совершенствования медицинского права потребовала правоприменительная практика в основном в связи с увеличением числа гражданских исков по возмещению причиненного медицинским работником вреда здоровью. Наконец, востребованность медицинского права возникла в связи с ростом правовой грамотности населения, в частности в области оказания медицинских услуг, и требованиями оказания качественной медицинской помощи.

Необходимость выделения новой отрасли права — медицинской, включающей комплекс правовых норм, регулирующих правовые отношения в сфере медицинской деятельности, сегодня не вызывает сомнений ни у юристов, ни у медицинских работников. Фактически новый предмет признан. Для официального оформления этой отрасли необходимы систематизация многочисленных, разрозненных положений и их кодификация. Предмет медицинского права возник в связи с потребностью общества, заинтересованного в качестве оказываемой медицинской помощи, а одним из компонентов качества являются должные взаимоотношения между медицинским работником (включая медицинскую сестру) и пациентом.

ГЛАВА 2.0 формировании медицинского права современной

России и необходимости его изучения медицинскими работниками

27

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Необходимость создания и понятие предмета «медицинское право».
2. Какие источники составляют медицинское право?
3. Приведите примеры использования разных отраслей законодательства в сфере медицинской деятельности (государственного, административного, трудового, гражданского, уголовного).
4. Назовите методы и значение медицинского права.
5. Что такое медицинские правоотношения? Назовите их виды.
6. Назовите субъекты и объект медицинских правоотношений.
7. Назовите причины возникновения медицинского права как отрасли права и учебной дисциплины.
8. Назовите цель и перечислите задачи медицинского права.

ГЛАВА3

СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ И АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

3.1.0 системе подготовки медицинских работников среднего звена

В соответствие с ст. 82 «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского и фармацевтического образования» Федерального закона РФ № 273-ФЗ от 29.12.2012 (ред.от 03.07.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм.и доп., вступ. в силу с 01.09.2016) подготовка медицинских и фармацевтических работников осуществляется путем реализации следующих профессиональных образовательных программ: 1) образовательной программы среднего профессионального образования; 2) образовательной программы высшего профессионального образования и 3) дополнительных профессиональных программ.

В течение десятилетий значение среднего звена медицинского персонала, в частности медицинской сестры, умалялось как в количественном, так и в качественном отношении. Это привело к диспропорции медицинских кадров: на одного врача приходится 2—2,5 среднего медработника, или 1,5 ставки медицинской сестры. Вряд ли можно найти в какой-нибудь развитой стране такое количество врачей, которых продолжают выпускать в нашей стране, в то время как на практике их недостает 40 тысяч. С другой стороны, внедрение современной медицинской техники и прогрессивных технологий привело к расширению функциональных обязанностей средних медицинских работников, повышению уровня их профессиональных знаний, к необходимости знания возникших проблем биоэтики и права при

ГЛАВА 3. Система подготовки и аттестации медицинских

и фармацевтических работников среднего звена

I

29

оказании ими медицинской помощи. Между тем анализ состояния и уровня сестринского дела показал значительное отставание подготовки средних медработников по сравнению с их подготовкой в развитых странах. Кроме того, необходимость реформирования подготовки медицинских работников, и особенно среднего звена, была вызвана кардинальными изменениями в обществе, развитием рыночной экономики, охватившей и сферу охраны здоровья населения. Все это привело к принятию ряда правовых мер для решения этой проблемы. Прежде всего следует назвать Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Приказом М3 РФ от 25.06.2002 № 209 введена специальность 040601 «Управление сестринской деятельностью», а также новая специальность 060109 «Сестринское дело». В последние годы в соответствии с международным стандартом утвердилась трехуровневая система образования медицинских сестер: углубленная и академическая — в колледжах, а затем на факультетах высшего сестринского образования в медицинских вузах.

Среднее профессиональное образование может быть получено в средних специальных учебных заведениях, имеющих лицензию, или на первой ступени высшего профессионального образования. Граждане, имеющие среднее общее или начальное профессиональное образование, получают его по сокращенной программе. Представляется неправильной существующая практика допускать к работе в сестринских должностях студентов медвузов после окончания ими 3-го курса. Ибо в колледже медицинских сестер обучают 2 года 7 месяцев, а студент сестринские практические навыки получает примерно в течение одного месяца.

Имеется ряд особенностей подготовки медицинских и фармацевтических работников. Практическая подготовка лиц, получающих среднее, высшее и послевузовское медицинское или фармацевтическое образование, а также дополнительное профессиональное образование, обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской и

зо I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

фармацевтической деятельности в соответствии с образовательными программами на базе структурных подразделений образовательных и научных организаций (клиник). Используются также организации — производители лекарственных средств и медицинских изделий, аптечные организации, судебно-экспертные учреждения.

Организация практической подготовки медицинских и фармацевтических работников осуществляется на основании договора, заключаемого между образовательной и медицинской организацией либо организацией — производителем лекарственных средств, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья. Договор должен содержать положения, определяющие порядок и условия использования имущества сторон договора, необходимого для организации практической подготовки, участия обучающихся и работников образовательных и научных организаций в медицинской и фармацевтической деятельности, в том числе порядок их участия в оказании медицинской помощи гражданам, порядок участия работников медицинских организаций. Практическая подготовка на базе государственных и муниципальных организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, организуется для государственной или муниципальной образовательной организации на безвозмездной основе.

Участие обучающихся по основным образовательным программам среднего образования и дополнительным профессиональным образовательным программам осуществляется под контролем работников образовательных и научных организаций, которые несут ответственность за проведение практической подготовки медицинских работников. При оказании медицинской помощи в рамках практической подготовки медицинских работников пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от их участия. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся.

ГЛАВА 3. Система подготовки и аттестации медицинских

и фармацевтических работников среднего звена

J

31

1. Программа и особенности профессионального совершенствования деятельности медицинских сестер и фельдшеров

Во исполнение вышеуказанных документов в соответствии с Приказом iM3 РФ от 31.12.1997 № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в РФ» была разработана ныне действующая Государственная программа развития сестринского дела в РФ, которую одобрил и принял еще I Всероссийский съезд средних медицинских работников.

Основными задачами программы являются:

* повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении;
* развитие новых организационных форм и технологий сестринской помощи;
* совершенствование системы подготовки и использования сестринских кадров;
* совершенствование профессионального сестринского образования среднего медперсонала, обеспечив дифференциальную подготовку кадров в соответствии с потребностями рынка услуг;
* обеспечение качества сестринской помощи населению;
* совершенствование системы управления сестринскими службами;
* совершенствование правового регулирования использования сестринских кадров в здравоохранении;
* повышение профессионального и социального статуса сестринской профессии;
* обеспечение социальной защищенности сестринского персонала;
* содействие развитию профессиональных сестринских, акушерских, фельдшерских ассоциаций и привлечение их к реализации государственной политики в области развития сестринского дела.

Программа предусматривает существенную корректировку кадровой политики, которая должна изменить соот

32

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ношение «врач — сестринский персонал» в сторону увеличения последнего с передачей части врачебных функций медсестрам. Повышению качества фельдшерской и сестринской помощи будут служить разработка и внедрение стандартов профессиональной деятельности сестринского персонала.

Каждый гражданин в соответствии с международными и российскими нормами имеет право на оказание ему высококвалифицированной помощи. Из этого вытекает обязанность медицинской сестры, акушерки и других специалистов в результате многопрофильной многоуровневой подготовки овладеть профессиональными знаниями, включая этико-правовые, для достижения достаточной компетентности в своем деле. Этому способствует введенная в России система двухуровневой подготовки сестринских кадров в соответствии с программой: училище — колледж.

Первый уровень — базовый — обеспечивает подготовку в училищах медсестры широкого профиля, освоившей общий уход и наблюдение за пациентом и способной оказать первую медицинскую помощь.

Второй уровень — повышенный — обеспечивает углубленную подготовку в колледжах.

В 2006 г. Всероссийский учебно-научно-образовательный центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Федерального агентства по здравоохранению и соцразвитию утвердил рабочую программу для подготовки повышенного уровня среднего медицинского персонала с углубленной подготовкой.

Такая медсестра после завершения обучения может работать в специализированных отделениях крупных медицинских организаций или учреждениях социального обеспечения (здесь срок обучения почти на год продолжительнее — 3 года 10 месяцев).

Программа нацелена также на совершенствование системы итоговой аттестации в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта, повышение качества лицензирования и сертификации.

ГЛАВА 3. Система подготовки и аттестации медицинских I 33

и фармацевтических работников среднего звена |

Общественная организация «Ассоциация медицинских сестер» регулярно проводит в Санкт-Петербурге форумы, на которых обсуждаются вопросы развития сестринского дела. Особое внимание традиционно уделяется повышению уровня профессиональной подготовки сестринского персонала. Основными направлениями воспитания среднего медицинского и фармацевтического работника признаны: формирование гуманности, милосердия, сострадания и уважения к пациенту; знание правовых норм деятельности медицинских работников, законодательства в области охраны здоровья граждан и их применение в практической деятельности.

1. Порядок повышения профессиональных знаний и навыков медицинскими работниками путем обучения на курсах повышения квалификации

В соответствии со ст. 73 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказом М3 РФ от 03.07.2012 № 66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» повышение квалификации медработников с высшим и средним образованием проводится каждые 5 лет. Профессиональная переподготовка соответствует требованиям Приказа МЗиСР РФ от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»; квалификационным характеристикам должностей работников, специалистов и служащих (Приказ МЗиСР РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”»).

34 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I - МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Профессиональное повышение квалификации, переподготовка и стажировка, необходимость которой устанавливает руководитель учреждения, проводится после 5 лет работы, как правило, с отрывом или частичным отрывом от работы. Она обязательна для работников, которые планируют выполнение нового вида деятельности. При любой форме обучения дополнительное профессиональное образование в виде повышения квалификации составляет от 100 до 500 часов. Завершаются повышение квалификации и переподготовка обязательной итоговой аттестацией, при успешном обучении выдается диплом о повышении квалификации или переподготовке.

Не работающие более 5 лет по специальности медицинские работники могут быть допущены к работе только после прохождения специализации или повышения квалификации и сдачи квалификационного экзамена. Медработник, зарекомендовавший себя высококвалифицированным специалистом по новой специальности, может работать по нескольким специальностям. Например, палатная медицинская сестра либо медсестра физиотерапевтического отделения овладела акупунктурой, лечебной физкультурой и массажем.

Экзамен по получению допуска к осуществлению профессиональной медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала проводится в 3 этапа: тестирование, собеседование и практические навыки. Он касается должностей медицинской сестры: медицинская сестра палатная (постовая); медицинской сестра участковая; медицинская сестра процедурная; медицинская сестра перевязочной; медицинская сестра приемного отделения; медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи; медицинский регистратор.

I ЛАВА 3. Система подготовки и аттестации медицинских I 35

и фармацевтических работников среднего звена |

1. Аттестация медицинских работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием

Аттестация проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории». Этот приказ утвердил Положение о порядке получения квалификационных категорий, которое имеет цель стимулировать рост квалификации специалиста, улучшить подбор, расстановку и использование кадров, в частности сестринского персонала, повысить ответственность за выполнение профессиональных обязанностей.

Процесс получения квалификационных категорий обеспечивается аттестационной комиссией. Комиссию возглавляет председатель, он определяет регламент ее работы. В состав комиссии входят секретарь и члены из числа высококвалифицированных специалистов, ученых и практиков медицины. Формой работы комиссии являются заседания, проводимые по графику, утвержденному руководителем органа управления здравоохранением. Члены аттестационной комиссии не позднее 30 календарных дней рассматривают представленные материалы. Решение экспертной группы о назначении и места проведения контроля знаний выносится за 30 дней до заседания. Предварительно проверка теоретических знаний и практических навыков проводится путем оценки отчета о профессиональной деятельности аттестуемого, компьютерного тестирования, с учетом усвоения практических навыков, решения ситуационных задач и результатов собеседования в подкомиссии. Руководитель органа управления здравоохранением утверждает численность и состав подкомиссии, ее председателя и секретаря, который ведет делопроизводство. Подкомиссия собирается по мере накопления дел. Решение комитета и экспертной группы принимается открытым голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании членов. В случае равенства голосов голос председательству

36

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ющего на заседании комитета или экспертной группы является решающим (п. 19). В ранее действовавшем порядке аттестации для принятия решения было необходимо присутствие не менее 2/з членов комиссии и в случае равенства голосов решение считалось принятым в пользу специалиста. Основанием являются результаты оценки отчета о профессиональной деятельности, компьютерного тестирования и собеседования, определяющего уровень теоретических знаний и объем практических навыков, их качество.

Средний медицинский работник, изъявивший желание пройти аттестацию, представляет личное заявление; при подтверждении ранее присвоенной категории — не позднее трех месяцев до истечения его срока; аттестационный лист и отчет о работе за три последних года. Отчет должен освещать характер деятельности медицинского работника, его характеристику, динамику показателей за три года. К отчету прилагаются удостоверения на рацпредложения, программы конференций, циклов усовершенствования, в которых аттестуемый принимал участие. Отчет подписывается претендентом и заверяется руководителем учреждения.

При присвоении квалификационных категорий используется следующая последовательность: вторая, первая, высшая. Претендуя на получение или подтверждение имеющейся категории, претендент представляет заявление на имя председателя комиссии, в котором указывает наличие или отсутствие категории и категорию, на которую претендует; заполненный в печатном виде квалификационный лист, заверенный в отделе кадров; отчет о профессиональной деятельности за последний год работы, заверенный руководителем; заверенные копии документов об образовании, трудовой книжки; достоверные сведения о рацпредложениях, участии в конференциях.

Вторая категория присваивается средним медработникам, имеющим стаж работы по этой специальности не менее трех лет, первая — не менее пяти, высшая — не менее семи лет. В стаж работы засчитывается предаттестационное обучение в лечебном учреждении по той же специальности.

ГЛАВА 3. Система подготовки и аттестации медицинских

и фармацевтических работников среднего звена

I

37

В отдельных случаях при высокой практической и теоретической подготовке более высокая категория может быть присвоена без установленных требований к стажу. Подтверждение первой и второй категорий может производиться заочно, кроме специальности по ортопедической стоматологии. В случае отказа специалиста от очередной переаттестации ранее присвоенная категория утрачивается. Аттестация проводится платно за счет средств аттестуемого, профсоюза, научного общества или ассоциации по официально установленным тарифам. Специалисту, успешно прошедшему аттестацию, выдается удостоверение и делается запись в трудовой книжке.

В отдельных случаях грубых нарушений трудовой или профессиональной дисциплины администрация медицинской организации может возбудить ходатайство о лишении или понижении аттестационной категории, при этом все расходы администрация берет на себя. Документы направляются в аттестационную комиссию, и переаттестация проводится в присутствии специалиста.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите законодательные акты и ведомственные официальные документы, направленные на оптимизацию подготовки средних медицинских работников.
2. В чем заключаются основные задачи государственной программы развития сестринского дела?
3. В чем заключаются кадровая политика и многоуровневая подготовка средних медицинских работников?
4. Что означает аккредитация и как она проводится?
5. Каковы правовые основы и порядок проведения аттестации среднего медперсонала?

ГЛАВА 4

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТИ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА. СВЕТСКАЯ И ЦЕРКОВНАЯ ЭТИКА

Понятие профессионализма включает знания и умелые действия медицинского работника при общении с больным. Наряду с этими качествами он должен обладать системой понятий и представлений, основанных на моральных принципах, что, в свою очередь, может помочь ему в решении конкретных задач. Профессия медицинского работника, в отличие от всех других, тесно связана с человеком, его здоровьем, жизнью, а часто — с его судьбой. Поэтому ему должны быть свойственны черты гуманиста, нравственные начала, которые составляют основу профессии, ее главный смысл и наряду с научно-практическим опытом служат человеку. Известно, что мораль регулирует поведение любого человека, независимо от сферы его деятельности и положения в обществе. Тем не менее в деятельности медиков, в их исторически сложившихся нормах поведения, во взаимоотношениях между собой, с больными и их родственниками, с обществом в целом, вытекающих из профессиональных задач, неизбежно возникают специфические черты. Теорией морали, ее научным основанием (точнее, наукой о морали) является этика, хотя в обычном употреблении она обозначает то же, что и мораль.

Греческое слово ethos — этика, переводится как обычай, что в древние времена и составляло принятые в обществе нравственные нормы поведения. Не вдаваясь в историю зарождения медицинской этики, следует отметить, что у ее

ГЛАВА 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии I 39

как неотъемлемая часть подготовки медицинских работников |

истоков стояли прогрессивные взгляды, наставлявшие врача быть добрым и сострадательным, терпеливым и мужественным.

Медицинская этика является частью общей этики. Она изучает нравственные и социальные принципы поведения медицинского работника в соответствии с особенностями его практической деятельности.

Первые дошедшие до нас обобщенные и четко сформулированные принципы поведения врача, оказавшие существенное влияние на воспитание поколений медиков и явившиеся основой современных учений о медицинской этике, изложены в «Аюрведе» (древнеиндийская система медицинских взглядов, признанная ВОЗ) и трудах Гиппократа.

Гиппократ по праву является основателем врачебной этики. В своих сочинениях он сформулировал основные нравственные принципы поведения врача. Они получили широкое распространение среди медиков в разных концах света, нашли отражение в различных кодексах, канонах и других документах, отразивших основы нравственного поведения врача.

Большую роль в формировании нравственного поведения сестер милосердия играла религия. Прославленный хирург и ученый Н.И. Пирогов, человек глубоко верующий, во времена зарождающегося в России безверия писал: «Веруя, что основной идеал учения Христа по своей недосягаемости останется вечным и вечно будет влиять на души, ищущие мира через внутреннюю связь с Божеством, мы ни минуты не можем сомневаться в том, что этому учению суждено быть неугасимым маяком на извилистом пути нашего прогресса». Пирогов считал, что, уклоняясь от Правды Христовой, люди временами впадают в звериное состояние, любовь же к Христу приводит к милосердию, направляется к страждущим, больным. Сегодняшнее состояние взаимоотношений между медиками и пациентами нередко подтверждает высказывание великого хирурга.

40

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В 1998 г. Святейший Патриарх всея Руси Алексий II благословил организацию при Московском патриархате новой структуры Церковно-общественного совета по биомедицинской этике. В его работу входят священнослужители, богословы, врачи, ученые, философы. Образование Церковно-общественного совета — это результат озабоченности православной общественности отсутствием нравственных критериев и биотехнологий в биомедицине. Это, прежде всего, проблемы искусственного оплодотворения, трансплантации, реанимации, клонирования, медицинской генетики при размытых моральных правах и отсутствии ответственности. Совет, в частности, принял заявление «О нравственных проблемах, связанных с репродукционными технологиями».

К задачам Совета относятся:

1. морально-нравственная и правовая экспертиза экспериментальной и научно-практической биомедицины;
2. изучение состояния биомедицинских исследований в России;
3. консультирование и информирование широких слоев российской общественности по широкому кругу этических проблем современной медицины.

Основной долг медицинского работника — избавить больного от болезни, облегчить его страдания, но успешное выполнение этого долга связано с соблюдением им повседневных правил поведения, учетом конкретной обстановки и индивидуальных особенностей больного и его болезни. В этом отношении следует придерживаться также учения о должном, медицинской деонтологии (от греч. deon — долг), которая учит, как для каждого больного выбрать наиболее эффективный психологический подход с целью достижения конечного результата — выздоровления, а также наиболее рациональные методы диагностики и лечения. Иногда деонтологические требования рассматриваются еще шире: к ним относят соблюдение трудовой дисциплины всем медицинским персоналом — от санитарки до руководителя

ГЛАВА 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии

как неотъемлемая часть подготовки медицинских работников

41

I

медицинского учреждения, общую культуру медицинского работника, порядок и микроклимат в медицинском учреждении, а также использование регламентирующих документов (приказов, правил, инструкций, распоряжений).

Таким образом, в отличие от медицинской этики, медицинская деонтология включает не только обязанности, определяющие нравственное поведение медицинского работника, но и соблюдение регламентированных требований. Имеете с тем не следует деонтологию отождествлять с административными нормами или методическими рекомендациями об оказании медицинской помощи, что сужает ее значение.

Деонтология не заменяет этику, общие требования которой, адаптированные к медицине, необходимы каждому практикующему медработнику, который должен знать принципы медицинской этики и деонтологии и владеть ими.

Конечно, многочисленные ситуации, которые возникают в процессе деятельности медработников, регламентировать инструкциями невозможно. Необходимо, чтобы каждый фельдшер, медсестра и акушерка, зная основы медицинской этики и деонтологии, обладали умением найти наиболее правильное в данном конкретном случае поведение.

Признанный знаток медицинской этики, автор замечательной книги «О врачевании» академик И.А. Кассирский писал: «Не надо забывать, что болезнь — большая драма с многими действующими лицами». И, конечно, главными из этих действующих лиц являются больной и врач, о взаимоотношениях которых пишут со времен Гиппократа. Вместе с тем эта современная проблема не потеряла своей злободневности и сегодня. Однако, несмотря на незыблемость многих постулатов клятвы Гиппократа, время вносит свои коррективы во взаимоотношения врача и больного.

Прежде всего, важна первая встреча этих действующих лиц, каждый из которых должен проявить уважение к другому. И врач обязан сделать все, чтобы понравиться своему больному и завоевать его доверие. Для этого он должен

42

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

• МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

использовать все средства — от внешнего вида, взгляда и жестов до демонстрации своего внимания, сочувствия и профессиональных действий. И при этом не посягать на автономию пациента.

Во всех нормативных документах, в которых приводятся требования к врачу и дается его квалификационная характеристика, по-прежнему сохраняется требование соблюдать нормы медицинской этики.

Практика показывает, что большая часть конфликтов между врачом и пациентом возникает в связи с нарушением этико-деонтологических принципов, причем в большинстве из них — даже при отсутствии признаков каких-либо правонарушений.

В конце прошлого века сформировалась новая наука — биоэтика, призванная защитить человека. Она значительно шире тех узко практических традиционных вопросов медицины, которые и в настоящее время не потеряли своего значения. Поэтому здесь столкнулись интересы медиков и юристов, политиков и философов, экономистов и социологов. Как ни парадоксально, одной из причин такого внимания к биоэтике явился прогресс медицины, породивший ряд социальных и правовых проблем.

Медицинский работник, особенно медицинская сестра, которая всегда ближе к больному, должен в совершенстве владеть искусством дипломатии, поскольку в процессе выполнения своей задачи постоянно имеет дело с другим человеком или другими людьми. При этом надо учесть, что своеобразие характеров пациентов, различных по возрасту, полу, образованию, воспитанию, социальному положению, помноженное на особенности болезни, тяжесть, последствия болезни, приводит к сложному многообразию отношений, которые должны регулироваться поведением и словом врача.

Немало полезного в этом отношении можно почерпнуть в произведениях Дейла Карнеги. Интересно, что Карнеги возглавлял университет человеческих отношений. В самом деле, разве не полезно знать врачу правила, которые излагает автор книги «Как завоевать друзей и оказывать влияние на людей»?

ГЛАВА 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии

как неотъемлемая часть подготовки медицинских работников

I

43

Карнеги рекомендует следующее:

* искренне интересуйтесь людьми;
* улыбайтесь;
* помните, что имя человека — это сладостный и важный для него звук;
* будьте хорошим слушателем;
* говорите о том, что интересует вашего собеседника.

С определенными поправками на особенности личности

человека и его состояние эти правила помогут врачу расположить к себе больного, а пациенту — надежнее войти в контакте медицинским работником.

Не менее полезны правила, которые предлагает Карнеги, чтобы склонить людей к вашей точке зрения, завоевать их доверие. Нет нужды доказывать, как важно убедить больного в правоте врача, в правильности его слов и действий. Всего этого можно достичь с помощью следующих рекомендаций:

* с самого начала придерживайтесь дружеского тона;
* проявите уважение к мнению своего собеседника;
* не все говорите ему прямо;
* своими аргументами заставьте собеседника согласиться с вами;
* пусть большую часть времени говорит собеседник;
* искренне старайтесь смотреть на вещи с точки зрения вашего собеседника;
* относитесь сочувственно к его мыслям и желаниям;
* подавайте свои идеи эффективно и убедительно;
* при необходимости бросайте вызов, задевайте его самолюбие.

С.С. Вайль приводит наблюдение Бейлина: «У больного диагностировали рак желудка. На операции диагноз не подтвердился. Можно сказать больному: “Вас напрасно оперировали”, а можно сказать иначе: “Вы счастливый человек, рака у вас нет”».

Важным для больного является все, что касается внешнего вида врача, — его манеры, жесты, мимика. Но, конечно, на первом месте — слово. По данным В. Леви, 70%

44 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I ' МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

времени бодрствования у нас связано с речью, из которых 30% мы говорим.

Ясно, что работа медицинского работника особенная. Она требует от него такого комплекса качеств, такой специфики деятельности и поведения, которые отличают его от представителей всех других профессий и создают предпосылки для выделения медицинской морали.

«Отрицание профессиональной этики, — писал академик И.А. Кассирский, — несостоятельно потому, что положение медицинского работника в обществе, его отношения с людьми, с коллективом имеют свою специфику и, конечно, отличаются от аналогичных отношений с клиентами, например, у работников прилавка, кассира или судьи. Правила его поведения, его этика, кроме общих для советских граждан этических законов, окрашены рядом особых элементов. Этого никто не может отрицать! {Медицинскому работнику доверено здоровье человека, его жизнь».

Есть и другие профессии, в которых нравственные отношения между ее представителем и человеком, которого он обучает, судит, защищает или о котором пишет, составляют такую специфику, что являются частью самой профессии. Сюда следует отнести отношения между учителем и учеником, судьей и подсудимым, адвокатом и подзащитным, журналистом и читателем. Но особое место в этом ряду занимают уникальные по своей сути взаимоотношения между медиком и больным.

Высказывание известного сирийского врача XIII в. Абу-ль-Фараджа несколько наивно, но убедительно показывает значение отношения пациента к действиям врача. Он говорил, обращаясь к больному: «Нас трое — ты, я и болезнь. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я один, и вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, и мы ее одолеем».

«Божественное начало врачевания, чудо творчества проходит на глазах и при участии пациента. Врач должен настроить пациента на свою волну, чтобы создать нужное взаимопонимание», — пишет академик А.Ф. Билибин.

ГЛАВА 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии I 45

как неотъемлемая часть подготовки медицинских работников |

Предмет медицинского права возник в связи с потребностью общества, заинтересованного в качестве оказываемой медицинской помощи, а одним из компонентов качества являются должные взаимоотношения между медицинским работником, включая медицинскую сестру, и пациентом.

Общение с больным, манипуляции со стороны медицинского персонала должны быть щадящими.

Следует обдуманно, кратко проинформировать больного, не пугая непонятными для него замечаниями. Уже после первого обследования ободрить больного, обнадежить и успокоить, вселить в него уверенность, надежду на выздоровление. Вместе с тем надо вовлечь больного в совместную работу, дать совет. И в этом случае не может быть единственного подхода. Есть люди, которым нужно приоткрыть завесу болезни, сказать об опасности последствий при легкомысленном отношении к лечению или режиму. Например, следует убедить больного согласиться на клизму, эзофагоскопию или операцию, посоветовать бросить курить, соблюдать диету или сменить работу. Более откровенно, но всегда обоснованно и тактично следует информировать родственников.

Большое значение имеет не только содержание сказанного медиком, но и культура речи, интонации, отражающие уверенность и спокойствие, эмоциональность. Бернард Шоу отмечал, что есть только один способ написать слова «да» и «нет», но множество способов их произнести. Часто это дается очень нелегко. Хорошо сказал известный армянский поэт Георг Эмин: «Короче слов, чем “да” и “нет”, не сыщешь — обойди весь свет, но если молвить нужно “да” или отрезать “нет”, нам не хватает иногда всей жизни на ответ».

Хорошо показаны роль поведения и слова участников больничного обхода как для самого больного, так и для присутствующих при этом других больных и врачей в «Раковом корпусе» А.И. Солженицына.

При неблагоприятной информации важно знать, как ее подать больному. Это целая философия. Еще Гиппократ

46 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

завещал: «Оставь больного в неведении того, что ему угрожает». С.П. Боткин говорил: «Я считаю, что непозволительно врачу высказывать больному свои сомнения в возможности благоприятного исхода болезни». В таких случаях нужно прежде всего сказать «семь раз отмерь», т. е. еще раз вникнуть в индивидуальные особенности больного, его положение, подумать, как построить важное сообщение, наедине или в присутствии родных.

Важно, чтобы больной поверил в святую ложь. Однако родственники, как правило, должны знать горькую правду. Но даже в этой ситуации могут быть, а иногда должны быть исключения. У большинства больных само заболевание и связанные с ним действия вызывают страх, который травмирует психику и препятствует выздоровлению, ибо, как сказал Ф.Д. Рузвельт, то, чего следует бояться, — это сам страх.

При очередном обходе, после получения результатов лабораторных и аппаратных исследований, информируя больного о диагнозе, надо стремиться склонить его к наиболее целесообразному образу мыслей и действий. Медицинской сестре следует разъяснить больному основные назначения врача, с уверенностью рассказать об их благотворном влиянии на измененные функции.

Неумелое, неправильное поведение медицинской сестры, как и врача, неудачная формулировка или слово могут вызвать заболевание ятрогения (от греч. слова ятрос — врач), своеобразный невроз. Это расстройство, вызываемое нарушением (по выражению академика М.И. Аствацатуро- ва) «психической асептики», известно давно. Обычно оно присоединяется к основному заболеванию, но может возникать у практически здорового человека. Правда, нередко не без индивидуальных особенностей личности пациента. В книге «О врачевании» И.А. Кассирский приводит причины развития ятрогении: 1) неумелый подход врача; 2) чтение медицинской литературы; 3) влияние личных свойств пациента; 4) неправильное проведение инструментального исследования или ошибочное введение лекарственных препаратов и пр.; 5) форма ятрогении, когда даже успешное

ГЛАВА 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии I 47

как неотъемлемая часть подготовки медицинских работников |

лечение одного заболевания влечет за собой заболевание другого профиля. И.А. Кассирский заметил, что большинство ятрогений связано с действием медработников, не владеющих методами медицинской психологии. В упоминаемой выше книге он приводит высказывание Цигена: «Без психотерапии можно только починять сапоги или прививать растения, но ни в коем случае нельзя лечить...»

Ятрогенические заболевания хотя и происходят от слова «ятрос» (врач), но могут быть связаны с действием медицинской сестры, акушерки или фельдшера при общении с пациентом. Не согласованное с врачом неудачное высказывание, формулировка ответа на вопрос могут нанести вред больному. Медсестра и врач должны работать в одной связке. Соучастие в общем деле требует четкого, слаженного взаимопонимания, взаимоуважения и взаимодействия.

Медицинской психологией при общении с больными должны владеть врачи всех специальностей, а также медицинские сестры, занимающиеся лечебной деятельностью. Об этом хорошо написал венгерский невропатолог и психиатр И. Харди в замечательной книге о психологии работы медицинской сестры с больными, выдержавшей пять изданий на русском языке. Он считает, что эта практическая прикладная дисциплина позволяет овладеть психологическими взаимосвязями проблем лечебной деятельности и деятельности по уходу за больными, проблемами воздействия на больных в самых разных ситуациях, возникающих в ходе этой деятельности. Подчеркивая, что в центре внимания психологической работы с больными стоит вопрос о взаимоотношениях больного с новой для него средой лечебного учреждения, включая отношения с медперсоналом, И. Харди обращает внимание на разный психологический подход к больным в зависимости от особенностей, например, соматического или психического заболевания, к больным, испытывающим страх или склонность к самоубийству, к больным детям и престарелым.

В Кодексе Международного совета медицинских сестер записано, что на медсестру возложены 4 основные задачи:

48 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

сохранять здоровье, предотвращать заболевания, восстанавливать здоровье и облегчать страдания. Решение их нередко связано не только с медицинскими, но и с юридическими проблемами, причем в разных областях медицины и в разных условиях пути к их устранению разнообразны.

Примечательно, что еще в 1996 г. сообществу медицинских сестер впервые удалось создать свод этических правил, который был обновлен в новой редакции в 2010 г. Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий — профессии медицинской сестры, учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциацией медицинских сестер России был принят Этический кодекс медицинской сестры России. В нем записано, что медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной сестринской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве РФ.

Автор Этического кодекса медицинской сестры России А.Я. Иванюшкин замечает, что философия сестринского дела, в отличие от философии врача той или иной специальности, основана на целостном подходе к пациенту. В этом смысле сестринское дело восстанавливает утраченные позиции гуманизма в медицине. В настоящее время сестринское дело в результате реформирования становится самостоятельным и самодостаточным, а профессия медсестры из помощницы врача переходит в самостоятельную.

Главная цель любого медицинского работника — прямо или косвенно оказывать помощь больному, но именно медицинская сестра обеспечивает уход, выхаживание, заботу о нем, она смягчает врачебное вмешательство; его побочное действие. Значение работы медицинской сестры — и в самостоятельных инвазийных действиях, за которые она несет личную ответственность. И здесь дело не только в тех

ГЛАВА 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии I 49

как неотъемлемая часть подготовки медицинских работников |

нике исполнения, но и в психологической подготовке больного, влиянии на него. Важно, чтобы интимные процедуры (клизмы, акушерско-гинекологические и пр.) проходили в процедурной с учетом характера и психики больного, чтобы ему легче было преодолеть естественную стыдливость. Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие.

Профессиональная деятельность медицинской сестры обеспечивает комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитацию; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний. Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Она обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом, иметь представление о применении методов народной медицины (целительства). Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер России, предпринимать меры по защите интересов пациента.

Наряду с общими принципами медицинской этики медицинская сестра в зависимости от профилизации отделения, в котором она работает, должна овладеть дополнительно частными ее особенностями. Ведь деонтология медицинского работника процедурного кабинета отличается от деонтологии медсестры хирургического или онкологического отделения, а фельдшера психиатрического диспансера — от акушерки. Особенности профессиональной деятельности медсестры, работающей в стационаре, в своих этико-деонтологических аспектах иные, чем у медсестры поликлиники, медико-санитарной части или фельдшера скорой помощи.

Двадцатилетие создания в современной России общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» в октябре 2012 г. на очередном Всероссийском форуме медицинских сестер в Санкт-

50

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Петербурге приветствовали представители Всемирной организации здравоохранения, Международного совета медицинских сестер, гости из 26 стран мира.

Периодически проводятся всероссийские и региональные конференции медицинских сестер, в том числе тематические. На съездах врачей разных специальностей практикуется создание секций по соответствующей отрасли и теме для медсестёр.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раскройте понятие этики, историю и причины создания медицинской этики.
2. Роль церковной этики в формировании медицинской этики.
3. Дайте определение терминам «биоэтика», «деонтология».
4. Каково значение слова и медицинской психологии в общении медицинского работника и больного?
5. Что такое ятрогения и как она возникает?
6. Причины создания Этического кодекса медицинской сестры России.

РАЗДЕЛ II

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА  
МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ: КОНСТИТУЦИЯ РФ  
И ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ  
В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

ГЛАВА 5

ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В КОНСТИТУЦИИ РФ

В Основном законе Российской Федерации — Конституции РФ (действующая редакция 2016 г.), принятой в 1993 г. всенародным голосованием на референдуме, в соответствии с международным стандартом гражданам России гарантируются наряду с правами и свободами человека право на жизнь и личную неприкосновенность.

Статья 41 Конституции РФ гарантирует охрану здоровья людей. В ней записано:

Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В РФ финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

52

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом**.**

Таким образом, государство обеспечивает гражданам России охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, места жительства, отношения к религии, социального и должностного происхождения, убеждений и других обстоятельств, а также гарантирует защиту от дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством доброкачественных продуктов питания, предоставлением доступной медико-социальной помощи.

Осуществление государственной политики в области охраны здоровья проводится путем разработки и финансирования комплексных федеральных программ по развитию отдельных форм здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи. Их реализация возлагается на Правительство РФ. В субъектах Федерации принимаются свои региональные программы, актуальные для охраны здоровья населения данной местности. За их выполнение несет ответственность администрация этого субъекта Федерации.

Важно, что в этой статье подчеркивается право гражданина на регулярное получение достоверной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих вредное влияние, которая должна предоставляться через средства массовой информации местной администрацией или гражданам по их запросам. По действующему законодательству предусматриваются различные виды ответственности, вплоть до уголовной, за сокрытие такой информации и обязанность возместить ущерб в слу-

ГЛАВА 5. Вопросы охраны здоровья в Конституции РФ

J

53

чае причинения вреда здоровью со стороны государства, юридических или физических лиц, ответственных или признанных виновными.

В России разработаны, приняты и действуют федеральные программы, направленные на решение наиболее актуальных вопросов.

Статья 20 Конституции РФ в соответствии со Всеобщей декларацией прав человека гарантирует максимальную правовую защиту жизни. При этом имеется в виду, что жизнь человека с биологической и философской точек зрения — самое ценное благо, которое начинается с момента начала родов до момента наступления смерти.

В статье 21 Конституции РФ указывается на защиту государством достоинства личности, что в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания обеспечивается основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Это касается унижающего человеческое достоинство обращения, намеренного причинения сильной боли и страданий, проведения в отношении человека без его согласия медицинских и научных опытов, что нашло отражение и в других законодательных актах.

Статья 22 Конституции РФ гарантирует каждому человеку свободу и ее составной элемент — неприкосновенность. Поэтому ответственность за посягательство на жизнь и вред, причиненный здоровью человека, предусмотрена административным, уголовным и гражданским законодательством.

Важное значение, определяющее состояние общества и его прогрессивное развитие, преемственность поколений, имеет 38-я статья Конституции РФ. В ней указано, что:

1. материнство и детство, семья находятся под защитой государства; 2) забота о детях, их воспитание — равное право и обязанность родителей; 3) трудоспособные дети, достигшие 18лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях.

Эта защита находится в соответствии с Федеральным законом от 24.08.1995 № 152-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона

54 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

«О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»» (с изм. от 30.12.2001); международными нормами; определяется государственной семейной политикой и регулируется Семейным кодексом РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Указом Президента от 14.05.1996 № 712 «Об основных направлениях государственной семейной политики». Не случайно Правительство РФ приняло большое число федеральных и региональных программ — «1У1атеринство и детство», «Безопасное материнство», «Планирование семьи», «Развитие социального обслуживания семьи и детей» и пр. Ряд нормативных документов приняты через указы Президента и постановления Правительства РФ.

Статья 39 дополняет предыдущую гарантией социального обеспечения по возрасту, в случае инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом. Основания предоставления социальной помощи и «иные случаи» устанавливаются государством в зависимости от его социально-экономического развития. В развитие этой статьи принят ряд документов. Это Федеральные законы от 24.11.1995 № 181 -ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»; от 08.12.1995 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»; от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» и другие, а также постановления Правительства РФ, Приказы М3 РФ и ряд других документов. Действует государственная программа «Дети-инвалиды», направленная в своей основе на профилактику детской инвалидности.

**Статья** 42 имеет прямое отношение к обеспечению охраны здоровья населения. В ней закреплены три самостоятельных правомочия и отмечается: «Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Эта статья получила развитие в ряде документов федерального уровня. К ним относятся Федеральные законы от 10.01.2002 №7-ФЗ «Об охране окружающей среды»;

ГЛАВА 5. Вопросы охраны здоровья в Конституции РФ

C:\DOCUME~1\HEAD\LOCALS~1\Temp\FineReader12.00\media\image1.jpeg

от 23.11.1995 № 174-ФЗ «Об экологической экспертизе»; от 09.01.1996 № З-ФЗ «О радиационной безопасности населения» (с изм. от 15.04.1998); от 04.05.1999 № 96-ФЗ «Об охране атмосферного воздуха». Кроме того, основные положения изложены в Водном кодексе РФ от 03.06.2006, Лесном кодексе РФ от 04.12.2006 и других документах федерального уровня.

1. Дайте определение термину «здоровье».
2. Что следует понимать под охраной здоровья?
3. Какая статья Конституции РФ гарантирует гражданину право на охрану здоровья и медицинскую помощь?
4. Что написано в Конституции РФ об информации граждан о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу для жизни и здоровья людей?
5. Какие статьи Конституции РФ гарантируют социальную защиту людей, защиту жизни человека, достоинства его личности и неприкосновенность?
6. Что написано в ст. 38 Конституции РФ о материнстве и детстве? Какими актами федерального уровня обеспечивается защита материнства и детства?
7. Что отмечается в Конституции РФ в отношении социального обеспечения граждан РФ? Какие законы в РФ приняты в развитие положений этой статьи?
8. Какая статья Конституции РФ гарантирует право граждан на благополучную окружающую среду? Что еще в ней отмечается?
9. Когда была принята Конституция РФ и какое место она занимает в ряду других нормативных актов страны?



ГЛАВА 6

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции РФ и состоит из Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов и иных нормативных правовых актов. Нормы об охране здоровья в них, а также в нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации не должны противоречить нормам настоящего базового Федерального закона. Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты только в соответствии с федеральным законодательством. В случае если международным договором установлены иные правила в сфере охраны здоровья граждан, чем в Федеральном законе, то применяются правила международного договора. Законодательство в сфере здравоохранения включает основные положения общепризнанных норм международного права, известных с 1948 г., когда были приняты Всеобщая декларация прав человека и Женевская декларация, а также Международный кодекс медицинской этики 1949 г., дополненный Хельсинско-Токийской декларацией 1964 и 1975 гг., и ряд других международно-правовых актов.

Федеральные законы, регулирующие охрану здоровья и оказание медицинской помощи гражданам, рекомендуется распределять в следующие блоки (И.Ф. Герасименко, 2001 г.).

Первый блок — надзорные законы, направленные на безопасность жизни и среды обитания, куда относятся различные санитарно-эпидемиологические законы об охране населения, атмосферного воздуха, включая радиационный

ГЛАВА 6. Федеральные законы Российской Федерации I 57

в сфере охраны здоровья |

фон питьевой воды, пищевых продуктов; об экологической экспертизе.

Второй блок — законы профилактики, куда относятся нормативные акты об инфекционных заболеваниях, о предупреждении ВИЧ-инфекции, туберкулеза, о наркотических и психотропных средствах, об ограничении курения табака, рекламе алкоголя и табака и иммунопрофилактике, о природных лечебных ресурсах и курортах, о физической культуре и спорте.

Третий блок законов посвящен правам граждан на охрану здоровья и пациентов, защите прав потребителей, защите прав инвалидов, общим гарантиям прав ребенка в РФ, рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств и пр.

Четвертый блок включает законы, определяющие права, профессиональную ответственность и социальную защиту медицинских работников, основная часть которых содержится в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», Основах охраны труда в РФ, в УК и ГК РФ, КоАП и в Семейном кодексе РФ и пр.

Пятый блок — это законы, определяющие деятельность национальной системы здравоохранения: об организации учреждений здравоохранения в ее системах.

Шестой блок — законы, регламентирующие финансирование здравоохранения (о бюджете РФ, бюджете ФФОМС, о медицинском страховании граждан, Налоговый, Таможенный кодексы РФ и др.).

Седьмой блок — законы, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности. Сюда относятся законы о трансплантации органов и (или) тканей, о психиатрической помощи и гарантиях при ее оказании, о донорстве крови и ее компонентах, о погребении и похоронном деле, о государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности, о государственной судебно-экспертной деятельности.

Приведем федеральные законы в сфере охраны здоровья граждан, принятые Государственной Думой РФ, исключая

58 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I .МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

кодексы и отдельные законы федерального уровня, прямо не входящие в тематику, которые помещены по тексту в соответствующих главах.

К ним относятся следующие законы Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

Закон РФ от 02.07.1992 Nq 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в ред. от 03.07.2016 Nq 227-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 Nq 4-П) // Ведомости СНД и ВС РФ. 20.08.1992. № 33. Ст. 1913.

Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (в ред. от 03.07.2016 № ЗбЗ-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 21.06.2004 № 57-ФЗ) // Российская газета. 12.01.1993. N9 6.

Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» от 20.07.2012 № 125-ФЗ(вред. от 23.05.2016 № 149-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 06.04.2015 j\r9 68-ФЗ (ред. 14.12.2015) // Российская газета. 23.07.2012. № 166.

Закон РФ от 22.12.1992 Nq 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в ред. от 23.05.2016 Nq 149-ФЗ) // Ведомости СНД и ВС РФ. 14.01.1993. № 2. Ст. 62.

Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (от 23.06.2016 Nq 218-ФЗ) // Российская газета. 24.12.1994. № 250.

Федеральный закон от 23.02.1995 № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» (от 28.12.2013 Nq 406-ФЗ) // Российская газета. 01.03.1995. № 44.

Федеральный закон от 30.03.1995 Nq 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (от 23.05.2016 № 149-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 12.03.2015 Nq 4-П) // Российская газета. 12.04.1995. № 72.

ГЛАВА 6. Федеральные законы Российской Федерации I 59

в сфере охраны здоровья |

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181 -ФЗ «О социальной защите прав инвалидов в Российской Федерации» (в ред. от 29.12.2015 № 399-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 06.04.2015 № 68-ФЗ (ред. 14.12.2015) // Российская газета. 21.12.1995. № 234.

Федеральный закон от 23.11.1995 № 174-ФЗ «Об экологической экспертизе» (в ред. от 29.12.2015 № 408-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законами от 09.04.2009 № 58-ФЗ, от 17.12.2009 № 314-ФЗ) // Российская газета. 30.11.1995. № 232.

Федеральный закон от 26.12.1995 № 208-ФЗ «Об акционерных обществах» (в ред. от 03.07.2016 № 340-ФЗ, с изм., внесенными Федеральными законами от 13.10.2008 № 173- ФЗ (ред. от 21.07.2014), от 27.10.2008 № 175-ФЗ, от 30.12.2008 № 306-ФЗ (ред. 27.07.2010), от 18.07.2009 № 181-ФЗ, от 29.12.2014 № 451-ФЗ) // Российская газета. 29.12.1995. № 248.

Федеральный закон от 09.01.1996 № З-ФЗ «О радиационной безопасности населения» (в ред. от 19.07.2011 № 248-ФЗ) // Российская газета. 17.01.1996. № 9.

Федеральный закон от 05.07.1996 № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» (в ред. от 03.07.2016 № 358-ФЗ) // Российская газета. 12.07.1996. № 130.

Федеральный закон от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (в ред. от 03.07.2016 № 305-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 06.04.2015 № 68-ФЗ (ред. 14.12.2015) // Российская газета. 20.01.1996. № 12.

Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 03.07.2016 № 265-ФЗ) // Российская газета. 16.01.1996. № 8.

Федеральный закон от 08.01.1998 № З-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (в ред. от 03.07.2016 № 305-ФЗ) // Российская газета. 15.01.1998. № 7.

Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (в ред. от

60 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I - МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. № 495-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 06.04.2015 № 68-ФЗ (ред. 14.12.2015) // Российская газета. 22.09.1998. № 181.

Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (в ред. от 21.07.2007 № 183-ФЗ) // Российская газета. 12.08.1998. № 153-154.

Федеральный закон от 30.06.2006 № 90-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации, признании не действующими на территории Российской Федерации некоторых нормативных правовых актов СССР и утратившими силу некоторых законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации» (в ред. от 22.12.2014 № 443-ФЗ) // Российская газета. 07.07.2006. № 90.

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. от 03.07.2016 № 305-ФЗ, с изм., внесенными Федеральными законами от 12.06.2008 № 88-ФЗ, от 27.10.2008 № 178-ФЗ, от 22.12.2008 № 268-ФЗ) // Российская газета. 06.04.1999. № 64-65.

Федеральный закон от 04.05.1999 № 96-ФЗ «Об охране атмосферного воздуха» (в ред. от 13.07.2015 № 233-ФЗ) // Российская газета. 13.05.1999. №91.

Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (в ред. от

1. № 407-ФЗ) // Российская газета. 21.07.1999. № 139.

Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (в ред. от 13.07.2015 № 213-ФЗ, с изм., внесенными Федеральными законами от 12.06.2008 № 88-ФЗ, от 27.10.2008 № 178-ФЗ, от 22.12.2008 № 268-ФЗ, от 31.12.2014 № 493-ФЗ) // Российская газета. 10.01.2000. № 5.

ГЛАВА 6. Федеральные законы Российской Федерации

в сфере охраны здоровья

1

61

Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в ред. от 30.12.2015 № 430-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 27.10.2015 № 92 ФЗ) // Российская газета. 06.05.2011. №97.

Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (вред, от 23.05.2016 № 149-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 24.12.2013 № 30-П) // Российская газета. 23.06.2001. № 118-119.

Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в ред. от 08.03.2015 № 23-ФЗ) // Российская газета. 05.06.2001. № 106.

Федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды» (в ред. от 03.07.2016 № 358-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 05.03.2013 № 5-П) // Российская газета. 12.01.2002. № 6.

Федеральный закон от 23.10.2003 № 132-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РФ по вопросам реабилитации инвалидов» (в ред. от 22.08.2004 № 122-ФЗ) // Российская газета. 30.10.2003. № 290.

Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» (в ред. от 28.11.2015 № 358-ФЗ) // Российская газета. 05.08.1998. № 147.

Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (вред.от03.07.2016№ 350-ФЗ) // Российская газета. 14.04.2010. № 78.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» (в ред. от 03.07.2016 № 286-ФЗ) // Российская газета. 03.12.2010. № 53.

Федеральный закон от 01.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции от 03.07.2016 (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) // Российская газета. 23.11.2011. № 263.

62

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В разные годы были представлены и рассматривались в соответствующих комитетах Государственной Думы проекты важнейших законов:

«О защите прав пациентов»;

«О ведомственной медицине»;

«О регулировании частной медицинской деятельности»;

«О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения»;

«О судебно-медицинской экспертизе»;

«О патологоанатомической экспертизе»;

«О традиционной и народной медицине».

Кроме того, еще в мае 2001 г. Государственная Дума рассматривала проект Федерального закона «О здравоохранении в Российской Федерации», который имел цель установить правовые основы функционирования единой системы здравоохранения РФ, утвердить главную роль государства в системе оказания медицинской помощи и определить ответственность Правительства РФ за охрану здоровья граждан.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите международные неправительственные организации и документы в области охраны здоровья человека.
2. Приведите основные законодательные акты федерального уровня в области охраны здоровья граждан РФ.
3. В какие блоки предлагается распределить законы из сферы охраны здоровья?
4. Назовите основные проблемы законодательства в области охраны здоровья, находящиеся на стадии рассмотрения в Государственной Думе.

ГЛАВА 7

ОСНОВНЫЕ ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОМ ПРАВЕ

1. Основные юридические понятия

Вина — это психическое отношение лица к своему деянию и его последствиям, выражающееся в отрицательном отношении к интересам личности и общества. Различают две формы вины: умысел и неосторожность. Обе встречаются в преступлениях медработников и характеризуют отношение медика к своему действию или бездействию.

Вменяемость — понятие уголовного права, означающее способность лица нести уголовную ответственность за совершенное преступление.

Дознание — вид предварительного расследования по делам, не представляющим значительной опасности.

Закон — основной вид источника права — это комплекс нормативно-правовых документов, принятый высшим законодательным органом государственной власти, реже — референдумом (волеизъявлением народа).

Источниками права являются нормативные акты государственных органов, устанавливающие нормы права.

Кодекс — систематизированный свод законов какой-либо отрасли права: административный, гражданский, уголовный и др.

Нормой права является программа поведения людей в определенной ситуации, сформулированная письменно в виде законов, указов и других актов. Норма права исходит из того, что для всех людей она одинакова.

Объектом медицинских правоотношений являются материальные и духовные блага, на достижение которых направлена реализация прав и обязанностей субъектов прав.

64 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Отрасль права — это выделенные общими однородными социальными отношениями группы законодательных актов, которые они регулируют, например, конституционное (государственное) право, гражданское, трудовое, семейное, административное, уголовное, процессуальное, земельное, медицинское и др.

Право — это система норм, закрепленных в законе или ином законодательном акте, определяющая поведение, границы свободы и равенства людей.

Правонарушением называют противоправное виновное действие или бездействие лица, способного отвечать за свои поступки. Правонарушение может быть в виде проступка, при котором нарушаются установленные правом запреты на не опасные в целом для общества поступки (например, нарушение правил проживания в общежитии или правил дорожного движения). Существует четыре вида правонарушений и юридической ответственности за них: 1) дисциплинарное — нарушение трудовой дисциплины, что влечет за собой дисциплинарное наказание; 2) административное — нарушение правил безопасности движения, пожарной безопасности, нарушение санитарно-эпидемиологических или противоэпидемиологических норм, что влечет за собой наказание, предусмотренное Административным кодексом; 3) гражданское — причиняющее материальный ущерб, включая такие нарушения, как причинение вреда здоровью, что влечет наказание в виде возмещения ущерба.

Самым опасным правонарушением является преступление. В отличие от всех предыдущих проступков, это виновно совершенное общественно опасное деяние, приведенное в Уголовном кодексе под угрозой наказания.

Правоотношением называют отношения людей между собой, регулируемые нормами права. Оно включает понятия субъекта права, т. е. участника правоотношения (гражданина или какого-либо объединения людей), и объекта правоотношения (материальные или нематериальные блага). Их объединяет субъективное право, которое определяет взаимные юридические права и обязанности сторон.

ГЛАВА 7. Основные юридические и медицинские понятия

и определения, используемые в медицинском праве

65

S

Преступление — виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом.

Процессуальное право — порядок возбуждения дела, предварительного расследования, рассмотрения в суде, кассационного обжалования, исполнения приговоров.

Санкция — мера воздействия за нарушение закона.

Субъектом медицинских правоотношений является предусмотренная нормами права возможность пользоваться правами и нести юридическую обязанность, обеспечивающую отражение собственных интересов при оказании медицинской помощи.

Это может быть пациент, дееспособный, старше 15 лет, заключивший договор с медицинской организацией на оказание медпомощи. Младше 15 лет — субъектом могут быть родители или законные представители. Другим субъектом медицинских правоотношений является зарегистрированное государством медицинское учреждение, имеющее лицензию и должной квалификации медперсонал, прямо или косвенно предназначенное для оказания медпомощи и заключившее с пациентом соответствующий договор.

Юриспруденция — совокупность наук о праве.

Юстиция — правосудие, система судебных учреждений.

1. Основные медицинские понятия и определения

Биоэтика — наука, сформированная в 70-х гг. XX в., связана с этическими проблемами отношений медицинского работника и больного, соблюдением права больного и ограждением его от медицинской агрессии, достижениями биологии при решении моральных коллизий, возникающих в ходе исследований.

Заболевание — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных реакций и механизмов организма.

66 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Здоровье человека в большой степени связано с многочисленными индивидуальными особенностями организма и многообразием внешних факторов, влияющих на здоровье человека.

Здравоохранение — это общественная и социальная функция медицины, всего общества и государства, его политических, экономических, общественных, религиозных, филантропических и медицинских организаций и учреждений.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Лечащий врач — врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Медицинская деятельность — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований, санитарно-противоэпидемических мероприятий и профессиональная деятельность, направленная на трансплантацию органов и тканей, использование донорской крови и ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская организация — юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание или восстановление здоровья и включающих медицинские услуги.

I ЛАВА 7. Основные юридические и медицинские понятия

и определения, используемые в медицинском праве

67

J

Медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс мероприятий, направленных на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и означающих самостоятельное законченное лечение.

Медицинские правоотношения — это взаимосвязи составных элементов: субъектов, объектов и содержания правоотношения, т. е. это реальная совокупность прав и обязанностей, которые возникают и реализуются в поведении субъектов правоотношений.

Медицинский осмотр — комплекс мероприятий, включающий осмотр врачей-специалистов, а также дополнительные методы исследования, направленные на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Медицинское вмешательство — выполняемая медицинским работником по отношению к пациенту профессиональная деятельность, затрагивающая профилактическую, диагностическую; лечебную и реабилитационную направленность, виды медицинских обследований, манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Медицинское освидетельствование представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий. Различают несколько видов освидетельствования.

Нравственное здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т. е. сознательным отношением к труду, к сокровищам культуры; активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни.

Общественное здоровье отражает здоровье индивидуумов, из которых состоит общество. Но общественное здоровье нельзя сводить к совокупности показателей здоровья отдельных членов общества. Общественное здоровье — это такое состояние, когда качество общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни,

68 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I . МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

не стеснено заболеваниями, физическими и психическими дефектами.

Основное заболевание — заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Психическое здоровье характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости.

Сопутствующее заболевание — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Социальное здоровье определяется мерой трудоспособности, социальной активности, деятельного отношения человека к миру.

Тяжесть заболевания или состояния — критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Физическое здоровье — это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем.

РАЗДЕЛ Ш

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА  
ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГЛАВА 8

БАЗОВЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, ЗАДАЧИ И ПРИОРИТЕТ ИНТЕРЕСОВ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ В СФЕРЕ

ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

1. Содержание и новые положения ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Здравоохранение развивается в соответствии с социально-экономическими и политическими условиями, сложившимися в стране в данный период, а также потребностями охраны и укрепления здоровья населения и отдельных его групп. В обеспечении охраны здоровья помимо высших органов законодательной и исполнительной ветвей власти принимают участие Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство по чрезвычайным ситуациям РФ, Федеральные фонды социального и обязательного медицинского страхования, а также органы управления медико-санитарных служб Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства путей сообщения и др.

70

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В 2011 г. в России вместо «Основ законодательства об охране здоровья граждан» был принят базовый для всей сферы охраны здоровья Федеральный закон от 21.11.2011 (последние изм. приняты 03.10.2016) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Он направлен на соблюдение гарантии конкретизации конституционных прав граждан, охрану здоровья в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения в современных условиях. Этот документ имеет цель совершенствовать законодательство в сфере охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи, заменяет ряд устаревших нормативно-правовых актов. Федеральный закон нацелен на будущее, так как определены перспективные направления реформирования и модернизации отрасли здравоохранения, выработаны подходы к их регулированию. Осуществлено разграничение полномочий между органами государственной власти Российской Федерации и местного самоуправления, разработан и начал реализовываться приоритетный национальный проект в сфере охраны здоровья, запротоколирована ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Федеральный закон включает новые аспекты правового регулирования, призван создать современную и эффективную систему российского здравоохранения.

Приоритетное место среди основных принципов охраны здоровья граждан в соответствии с Конституцией РФ о высшей ценности человека занимают соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина, обеспечение государственных гарантий с детализацией новых принципов охраны здоровья граждан. Определены более четкие критерии принципа доступности медицинской помощи, недопустимости отказа в оказании медицинской помощи. Среди принципиальных основ этого законодательства следует отметить важность профилактической направленности, а также приоритет охраны здоровья детей. Усилена ответственность органов государственной власти, в основном

ГЛАВА 8. Базовый федеральный закон «06 основах охраны здоро- I 71

вья граждан Российской Федерации» |

субъектов РФ, за обеспечение охраны здоровья граждан, а также качество и безопасность медицинской помощи. Новый Федеральный закон расширен по объему, в нем — 101 статья (в прежних Основах законодательства было 69). В закон включены определения понятий, которые вызывали неоднозначное понимание, или уточнения трактовки и конкретизации прежних понятий. Впервые в законе отражены особенности подготовки медицинских и фармацевтических работников, вопросы последипломной подготовки врачей, порядок сертификации и аттестации медицинских работников. Федеральный закон определил и придал значение актуальной проблеме доступности и качеству медицинской помощи, указал, посредством каких действий оно обеспечивается, включил их в перечень основных принципов охраны здоровья. Определены виды медицинских осмотров и освидетельствований, уделено внимание организации медицинской помощи больным в состоянии последней стадии болезни и впервые выделены статьи о паллиативной и медицинской помощи гражданам, страдающим редкими (ор- фанными) заболеваниями, а также особенностям организации оказания медицинской помощи населению отдельных территорий и отдельных организаций. В этом законе урегулированы гарантия и условия бесплатного пребывания одного из членов семьи с больным ребенком в стационаре. Впервые выделены необходимость создания информационных систем в сфере здравоохранения и ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности, государственный контроль и мониторинг безопасности медицинских изделий и медицинских отходов. Расширено и конкретизировано понятие медицинской экспертизы, в ее перечень впервые введена глава об экспертизе качества медицинской помощи. Отдельная глава посвящена организации контроля в сфере охраны здоровья. Причем контроль качества и безопасности медицинской деятельности определен в три уровня: государственный, ведомственный и внутренний.

72

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Специальная глава посвящена медицинским особенностям гражданских прав, осуществляемых в связи со смертью человека. Впервые на законодательном уровне предусмотрена возможность использования тела, органов и тканей умершего человека в медицинских, учебных и научных целях на основании письменного волеизъявления, сделанного умершим и заверенного нотариусом при его жизни, а также в случае, если тело не было востребовано для погребения членами семьи. Существенно расширены основания, при которых в обязательном порядке проводится патологоанатомическое вскрытие без согласия близких родственников. Так, кроме случаев подозрения на насильственную смерть, они будут проводиться при невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти; оказания умершему пациенту медицинской помощи в стационарных условиях в течение менее одних суток; при подозрении на передозировку, непереносимость лекарственных средств или диагностических препаратов (что по смыслу является подозрением на насильственную смерть). Кроме того, патологоанатомическое вскрытие обязательно;

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

б) при смерти от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) при смерти от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) при смерти от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

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

е) при рождении мертвого ребенка.

ГЛАВА 8. Базовый федеральный закон «06 основах охраны здоро- I 73

вья граждан Российской Федерации» |

Есть основания предполагать, что составители и законодатель имели цель таким образом снизить число дефектов медицинской помощи.

1. Основные принципы охраны здоровья граждан

Главными исходными принципами политики в области охраны здоровья являются государственная и общественная ответственность за охрану здоровья, профилактическая направленность, участие населения в здравоохранении. В связи с изменением рыночной экономики государства и другими экономическими, социальными, политическими, законодательными и организационными переменами в здравоохранении на основе прежних сложились новые основные принципы охраны здоровья.

Согласно ст. 4 ФЗ РФ N9323 к основным принципам охраны здоровья граждан относятся:

1. Соблюдение нрав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантии;
2. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (правам пациента посвящена отдельная глава учебника);
3. Приоритет охраны здоровья детей.

Дети, независимо от их семейного и социального благополучия, подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий их физического и психического развития. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.

Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской

74 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Федерации и органы местного само’управления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности; создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, в том числе детям-ин вал идам, предоставляют возможность пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи.

1. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств ОМС, определения потребности гражданина в социальной защите, реабилитации и уходе в случае заболевания или травмы, установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных случаях.

1. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья. Они. как и должностные лица организаций, несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

1. Доступность и качество медицинской помощи.

Принцип доступности медицинской помощи означает свободный доступ к услугам в сфере охраны здоровья граждан вне зависимости от географических, экономических, социальных, организационных или языковых барьеров, а также своевременное оказание медицинской помощи. Доступность медицинской помощи обеспечивается:

ГЛАВА 8. Базовым федеральный закон «Об основах охраны здоро- I 75

вья граждан Российской Федерации» |

* сбалансированностью возможностей государства и медицинских ресурсов страны;
* наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
* достаточностью финансовых ресурсов;
* транспортной доступностью медицинских организаций и медицинских работников;
* возможностью свободного выбора медицинской организации и медицинского работника.

Доступность медицинской помощи законодательно обеспечивается и главой 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», которая посвящена программе государственных и территориальных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Она обеспечивается путем утверждения и реализации единых порядков оказания медицинской помощи и стандартов, а также территориального планирования, размещения медицинских организаций и иных объектов инфраструктуры охраны здоровья граждан.

1. Недопустимость отказа *в* оказании медицинской помощи.

Принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи при угрозе жизни человека означает невозможность отказа без уважительных причин в оказании бесплатной помощи человеку для устранения угрожающего его жизни состояния здоровья или угрозе обществу в случае распространения особо опасных инфекционных болезней медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы, либо медицинским работником, находящимся при исполнении трудовых обязанностей.

1. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

Разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средстз и психотропных веществ; осуществление санитарно-проти

76

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

воэпидемических (профилактических) мероприятий и мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний. Проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1. Соблюдение врачебной тайны.

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Этой важной проблеме посвящена отдельная глава.

1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона (статья 1)

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации и определяет:

1. правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
2. права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
3. полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
4. права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
5. права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

ГЛАВА 8. Базовый федеральный закон «Об основах охраны здоро- I

вья граждан Российской Федерации» |

<2> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Чем отличается Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от предыдущего?
2. Какие новые положения содержит Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»?
3. Назовите принципы охраны здоровья граждан в РФ.
4. Какие приоритеты в охране здоровья граждан обозначены в этом ФЗ?
5. Что регулирует ФЗ РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»?

ГЛАВА 9

КОМПЕТЕНЦИЯ ГОСУДАРСТВА, СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ

1. Полномочия высших органов законодательной

и исполнительной ветвей власти РФ в сфере охраны

здоровья граждан

Для обеспечения баланса права и политики в законе соблюдается заложенный в Конституции РФ принцип разделения власти, когда она делится на законодательную, исполнительную и судебную. Первая призвана создавать законы, вторая — их исполнять, третья — охранять права человека и законы. Этот принцип позволяет удерживать равновесие между правом и политикой, не игнорируя право и не заменяя его политическим давлением. Законодательная база полномочий высших органов государственной власти и управления РФ в области охраны здоровья граждан достаточна для принятия решений и их осуществления в целях оздоровления нации. Высшим органом законодательной власти является Федеральное Собрание, состоящее из Государственной Думы и Совета Федерации.

Федеральное Собрание определяет основные направления государственной политики, принимает законы, утверждает программы по вопросам охраны здоровья и бюджет РФ, выделяя часть расходов на здравоохранение. Оно же обладает контрольными функциями.

Рабочими органами в Государственной Думе и Совете Федерации являются комитеты по охране здоровья. Законодательный процесс — эго определенный Конституцией порядок внесения проектов законов, их рассмотрение, принятие, утверждение и опубликование в сборнике законо

ГЛАВА 9. Компетенция государства, субъектов Российской

Федерации и органов местного самоуправления

J

79

дательств и в «Российской газете». Принятие федерального закона в ГД осуществляется в трех чтениях, в двух из них проводятся прения, дебаты, вносятся предложения и изменения, в третьем — голосование. Президент, согласно Кон- ституции РФ, может наложить вето на закон, одооренныи Советом Федерации, и тогда этот закон вновь рассматривается в Федеральном Собрании.

В соответствии с Конституцией РФ Президент РФ — гарант Конституции и прав человека в РФ. Он м°жет наложить вето на закон, принятый ГД, отменить постановление Правительства РФ. Однако высшей юридической силой обладает закон, и прежде всего Основной закон — Конституция РФ. Ей не может противоречить ни один закон, принятый на территории РФ. Вместе с тем, Конституция может действовать в полную силу, когда приняты все законы и подзаконные акты, обеспечивающие исполнение той или иной статьи Конституции на практике. Президент руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан. Правительство РФ осуществляет эту политику, принимает, разрабатывает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения, вовлекая и координируя деятельность различных органов, предприятий и учреждений независимо от формы собственности. При этом основную деятельность осуществляет Министерство здравоохранения РФ-

1. Компетенция федеральных органов государственной власти

К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан (ст. И ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») относятся:

1. проведение единой государственной политики;
2. защита прав и свобод человека и гражданина;
3. управление федеральной государственной собственностью;

80 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;
2. организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
3. реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, а также информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;
4. лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья;
5. организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов;
6. ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных;
7. установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья;
8. организация оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной и паллиативной медицинской помощи федеральными медицинскими организациями;
9. организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи;
10. организация медико-биологического и медицинского обеспечения спортсменов спортивных сборных команд РФ;

ГЛАВА 9. Компетенция государства, субъектов Российской

Федерации и органов местного самоуправления

I

81

1. организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями;
2. мониторинг безопасности медицинских изделий, регистрация побочных действий, нежелательных реакций при их применении;
3. обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья;
4. международное сотрудничество РФ в сфере охраны здоровья, включая заключение международных договоров РФ.

Органы государственной власти Российской Федерации передают органам государственной власти субъектов РФ осуществление ряда полномочий — лицензирование следующих видов: медицинская деятельность медицинских учреждений и фармацевтическая деятельность; организация обеспечения больных некоторых заболеваний, перечень которых утверждается Правительством РФ, и лиц после трансплантации органов; общий объем средств, предусмотренных в федеральном бюджете бюджетам субъектов РФ; издают нормативные правовые акты, осуществляют кадровые назначения и освобождения; высшее должностное лицо субъекта РФ осуществляет контроль и надзор за медицинской деятельностью и расходованием выделенных средств.

1. Полномочия органов власти субъектов Федерации в сфере охраны здоровья

В статье 16 Федерального закона от 23.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» приводятся полномочия органов власти субъектов Федерации в сфере охраны здоровья. Основные из них:

* защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья;
* разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно- эпидемиологического благополучия населения,

82 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, санитарно-гигиеническое просвещение населения;

* разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования;
* формирование структуры исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих установленные настоящей статьей полномочия в сфере охраны здоровья, и установление порядка их организации и деятельности;
* организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи;
* создание условий для развития медицинской помощи и обеспечения ее доступности для граждан;
* организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи и другие полномочия, изложенные в главе 15 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

1. Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья

Статья 17 Федерального закона от 23.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» к полномочиям городских округов и муниципальных районов в сфере охраны здоровья граждан относит;

ГЛАВА 9. Компетенция государства, субъектов Российской

Федерации и органов местного самоуправления

I

83

1. создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
2. обеспечение организации оказания медицинской помощи в рамках муниципальной системы здравоохранения;
3. регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
4. санитарно-гигиеническое образование населения;
5. реализацию мероприятий, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мероприятиях;
6. реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;
7. создание благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников и фармацевтических работников для работы в медицинских организациях.

Первичная медико-санитарная и скорая помощь переданы органам государственной власти субъектов РФ.

<|> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Устройство и компетенция органов законодательной и исполнительной ветвей власти Российской Федерации.
2. Каковы основные полномочия государственной власти РФ в сфере охраны здоровья граждан?
3. Каковы основные полномочия субъектов Федерации в сфере охраны здоровья граждан?
4. Каковы основные полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан?

ГЛАВА 10

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАН РФ: ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

10.1.0 медицинском страховании в РФ

Системой социальной защиты граждан является медицинское страхование. Медицинское страхование может быть обязательным (СМС) и добровольным (ДМС). ОМС имеет два сектора — бюджетный и страховой.

Субъектами его являются как отдельные граждане, так и медицинское учреждение. Существуют: а) базовая программа ОМС — составная часть государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и

б) территориальная программа ОМС — составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам на территории определенного субъекта РФ.

ОМС — вид обязательного страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных при наступлении страхового случая на гарантию бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС.

Страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу представляется страховое обеспечение по ОМС.

Страховое обеспечение — это исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой ме-

ГЛАВА 10. Медицинское страхование граждан РФ: организация,

законодательное обеспечение, виды медицинского страхования

85

I

дицинской помощи при наступлении страхового случая и по его оплате медицинской организации.

Застрахованное лицо — это лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

1. Обязательное медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование (ОМС) введено с 1 января 1993 г.; является составной частью государственного социального страхования и не включает лекарственного обеспечения, как это практикуется в европейских странах. Основано ОМС на положениях ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ», впервые принятого 28.06.1991 г. с изменениями и дополнениями в ФЗ «Об основах обязательного медицинского страхования» от 01.07.1994 и от 16.07.1999 и других документов.

В Российской Федерации работает 87 территориальных фондов ОМС с многочисленными филиалами.

В конце 2010 г. Президент РФ подписал пакет законов об обязательном медицинском страховании, ключевым из них стал Федеральный закон от 29.11.2010 N° 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», по которому денежные потоки на медицинскую помощь будут меняться. Страховой тариф увеличился на 2%, что принесло дополнительно этой отрасли 300 млрд руо.

С 2013 г. медицинские учоеждения по новому законодательству будут застрахованы и за свои ошибки платить потерпевшим, а 2% — страховой компании. Этот Федеральный закон установил основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования и закрепил права застрахованного, главным действующим лицом стал гражданин. Другим нововведением является обеспечение прав застрахованного независимо от его места проживания. Этому способствует полис единого образца. Лучше обозначены условия доступности и обеспечения качества оказываемой медицинской помощи. В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» установлен порядок

86

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

осуществления персонифицированного (индивидуального) учета в системе ОМС, а также процедуры взаимодействия медицинской организации, страховой медицинской организации и территориального фонда в системе персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу. Законом «Об ОМС РФ» 2010 г. урегулированы вопросы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (в том числе установлен порядок формирования средств ОМС; определены порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование; установлена ответственность за нарушения в сфере уплаты страховых взносов и расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

Застрахованным лицам предоставлено право на выбор страховой медицинской организации и ее замену один раз в течение календарного года, либо чаще, например в случае изменения места жительства, а также право на выбор медицинской организации из числа организаций, участвующих в системе ОМС. Определены правовой статус и полномочия фондов ОМС. страховых медицинских организаций и медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования; их права, обязанности и ответственность. а также права и обязанности застрахованных лиц и страхователей. Приказ Минздравсоцразвития от 28.02.2011 N° 156. направленный на улучшение работы врачей, вводит два раздела новых форм расчета страховых взносов на случаи: 1) временной потери трудоспособности и в связи с материнством и 2) страхования от несчастных случаев на производстве. Введены пониженные тарифы для инвалидов и организаций инвалидов.

Целью медицинского страхования является гарантирование гражданам при возникновении страхового случая медицинской помощи за счет накопленных средств.

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования (ст. 4 ФЗ № 326 от 29.11.2010) являются:

ГЛАВА 10. Медицинское страхование граждан РФ: организация,

законодательное обеспечение, виды медицинского страхования

87

I

1. обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
2. устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;
3. обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;
4. государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
5. создание условий лля обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
6. паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица в системе медицинского страхования имеют право на:

1. бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном террито

88

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

риальной программой обязательного медицинского страхования;

1. выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
2. замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаше в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
3. выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
4. выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
5. получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
6. защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
7. возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
8. возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию

ГЛАВА 10. Медицинское страхование граждан РФ: организация,

законодательное обеспечение, виды медицинского страхования

i

89

медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

1. защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица имеют свои обязанности:

1. предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
2. подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
3. уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
4. осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Для выбора или замены страховой организации застрахованное лицо или его представитель обращается в страховую организацию с заявлением о выборе, на основании которого застрахованному лицу выдается полис.

90 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Лица, не имеющие гражданства РФ, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане России. Медицинское страхование иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ, не отличается от прав и обязанностей российских граждан в области медицинского страхования. Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, строя свою деятельность на основе договора без ущерба для программ ОМС. Они имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

В 2013 г. в базовую программу включена скорая медицинская помощь, а с 2015 г. — высокотехнологическая. Согласно ФЗ от 29.11.2010 № 326 объём страховых платежей равен 5.1%, за счет чего планируется увеличить финансирование здравоохранения. В каждом регионе модель ОМС имеет свои особенности, причем во многих она превращается в основной источник финансирования здравоохранения.

1. Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование (ДМС) и договорная система должны обеспечивать получение дополнительных медицинских услуг сверх установленного программами обязательного страхования исключительно за свой счет. Взаимоотношения между субъектами медицинского страхования обеспечиваются договорами. Кажлый гражданин получает на руки страховой медицинский полис. Такое страхование может быть индивидуальным и коллективным.

Финансовые средства государственной системы ОМС находятся в государственной собственности и используются для оплаты медицинских услуг в соответствии с программами ОМС. По договору медицинского страхования страховщик обязуется заключить договор с медицинским учреждением при заболевании или травме и определить оказываемые страхователю услуги, а страхователь обязуется уплатить страховые взносы в установленное время. Стра

ГЛАВА 10. Медицинское страхование граждан РФ: организация,

законодательное обеспечение, виды медицинского страхования

I

91

хователь свободно выбирает страховую медицинскую организацию, которая не имеет права отказать страхователю в заключении договора. Страховой медицинской организацией выступает юридическое лицо, имеющее соответствующую государственную лицензию. Она выдает застрахованному медицинский полис, в котором указывается срок действия договора. Страховая организация не входит в систему здравоохранения, не оказывает медицинские услуги, а лишь является посредником между гражданином и медицинским учреждением. В этом отношении она имеет право контролировать объем, срок и качество медицинской помощи страхователю. В случае некачественного оказания медицинской услуги страховая медицинская организация оплачивает штраф, размер которого оговаривается договором.

1. Бюджет и фонды ОМС

В рамках медицинского страхования создаются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования. В настоящее время в соответствии с компетенцией РФ и ее субъектов, которые указаны в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС). Первый создан в 1993 г. и является одним из государственных внебюджетных финдов. Другие периодически создаются по решению органов исполнительной власти данного региона.

Территориальные фонды образуются за счет средств страховых взносов работодателе.и и граждан, страховых отчислений органов исполнительной власти субъектов Федерации, ассигнований из госбюджетов и доходов от использования свободных финансовых средств. Органом управления ТФОМС является правление, утверждаемое законодательной властью субъекта Федерации. Принят ФЗ РФ от 14.12.2015 №365-Ф3 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год», в ГД находятся законопроекты на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 гг.

92 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В названных выше законах и ряде подзаконных нормативных документов освещаются разные аспекты страховой медицины. Медицинские учреждения несут ответственность в соответствии с законодательством и условиями договора за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. Оплата страховыми организациями производится в порядке и в сроки, предусмотренные договором, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. По методу возмещения расходов различают способ оплаты медицинской помощи по фактическим затратам (ретроспективный) и планируемым затратам (предварительный), когда оплачиваются средние планируемые расходы на лечение в случае болезни. При ретроспективном способе затраты также рассчитываются заранее, но с учетом конкретно затраченной суммы средств. За необоснованный отказ от заключения договора о медицинском страховании по решению суда страховая организация может быть лишена лицензии. Страховая организация может в ряде случаев не оплачивать медицинскому учреждению стоимость услуг, оказанных засграхованному гражданину. Это может быть при наличии вины последнего в наступлении страхового случая. Например, травма им получена в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, в связи с совершением преступления. покушением на самоубийство или умышленным самоповреждением.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Организация и виды медицинского страхования в РФ.
2. Какие законы составляют основу системы медицинского страхования в России?
3. Назовите права и обязанности застрахованных лиц.

А. Каковы основные принципы обязательного медицинского страхования (ОМС)?

5. Бюджеты и фонды ОМС.

РАЗДЕЛ IV

СИСТЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, САНИТАРНО-  
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ  
ОБЕСПЕЧЕНИЕ В РФ. ОТРАСЛИ  
И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ  
В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

—sssssnr-T.—да———шв^яштеавьдйи—■—дави» 'т~тггд:.

ГЛАВА 11

СИСТЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,

СТРУКТУРА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

«д—аи—а»——■«——— ? —ЦВЯЕаКИДЯМШ ШЫВк

1. Организация здравоохранения РФ

В настоящее время различают три системы здравоохранения. Они обусловлены политическими и социально-экономическими факторами. Первостепенное значение имеют ресурсы, средства обеспечения здравоохранения и их источники. В сложившейся у нас в стране ситуации это государственный бюджет, страховые фонды, общественные и частные ассигнования.

В ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» приведены три системы здравоохранения действующие в РФ: государственная, муниципальная и частная. Однако, учитывая средства обеспечения здравоохранения в настоящее время в РФ, следует иметь в виду преимущественно государственную систему, в отличие от преимущественно страховой (как в странах Западной Европы) или преимущественно частной, в отличие от здравоохранения США. Надо

94 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ш - ■■ ■ ■

отметить, что нет стран, где была бы только одна система здравоохранения, чаще она смешанная.

1. Государственная система, включающая органы управления здравоохранением, претерпела значительные изменения в связи с проведением правительственной реформы.

9 марта 2004 г. Президент РФ своим Указом № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» образовал Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которому было передано много функций, некоторые из них были далеки от сферы охраны здоровья населения. Но 16 июля 2012 г. вновь вернулась однозначность цели, что выразилось в прежнем названии — Министерство здравоохранения Российской Федерации.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31.05.2012 N9 533 Министерство зравоохранения РФ осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Федерального медико-биологического агентства, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения имеет Министра, 6 заместителей министра, в том числе одного первого заместителя и одного статс-секретаря — заместителя министра, а также 16 департаментов по основным направлениям деятельности министерства:

Департамент организации медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела;

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения;

Департамент образования и кадровых ресурсов;

Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека;

Департамент государственного регулирования обращения лекарственных средств;

Департамент лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий;

ГЛАВА 11. Системы и организация здравоохранения, структура I 95

Министерства здравоохранения РФ |

Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки;

Департамент инновационного развития и биомедицины;

Департамент информационных технологий и связи;

Департамент имущественного комплекса;

Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью;

Финансово-экономический департамент;

Департамент правовой;

Департамент учетной политики и контроля;

Департамент управления делами.

Кроме того, в систему здравоохранения входят Министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранением областей, городов Санкт-Петербурга и Москвы, а также Российская академия медицинских наук (РАМН), санитарно-профилактические учреждения и организации, фармацевтические предприятия. Эти учреждения и организации являются юридическими лицами.

Они в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по регистрации государственной политики и выполнению программ в области здравоохранения. К государственной системе здравоохранения относятся Центры Госсанэпиднадзора в субъектах Федерации, медицинские организации, аптечные, научно-исследовательские. санитарно-профилактические и образовательные учреждения, Российская Академия медицинских наук, а также учреждения судебно-медицинской экспертизы и предприятия по производству медицинской техники и препаратов. Государственная система здравоохранения включает медицинские организации, организации и предприятия других ведомств, которые не подчиняются Министерству здравоохранения.

1. Муниципальная система здравоохранения находится в муниципальной собственности, включает муниципальные МО, НИИ, фармацевтические предприятия и аптеки,

96

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

\* МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

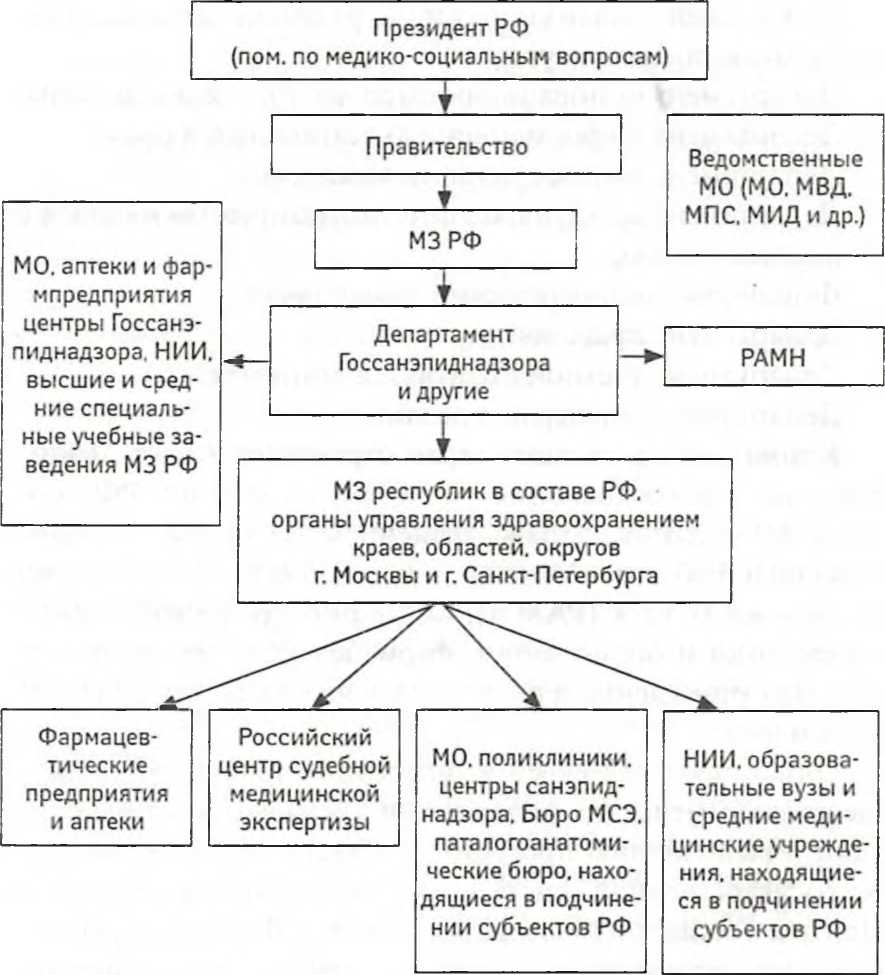


Схема 1. Государственная система здравоохранения

учреждения судебно-медицинской экспертизы. Муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют контроль за качеством медико-социальной помощи. В статье 11 Конституции РФ определена роль органов местного самоуправления, не входящих в систему органов государственной власти, что является основой функционирования и муниципальной системы здравоохранения. Они несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение объема медицинской помо-

ГЛАВА 11. Системы и организация здравоохранения, структура I 97

Министерства здравоохранения РФ |

щи, осуществляют контроль за его качеством и за государственными муниципальными учреждениями, предприятиями, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой. Финансирование организаций муниципальной системы осуществляется за счет бюджетов всех уровней, целевых фондов и иных источников.



Схема 2. Муниципальная система здравоохранения

3. Частная система здравоохранения получает все большее развитие и создает возможность конкурирования в качестве медицинского обслуживания с государственной. Она стала легальной и занимает в среднем 40 % услуг в некоторых отраслях медицинской деятельности и больше половины — в стоматологии и венерологии. К частной системе здравоохранения относятся: медицинские организации и аптечные учреждения; научно-исследовательские и образовательные учреждения, имущество которых находится в частной собственности; юридические лица, создаваемые и финансируемые общественными объединениями, физическими лицами, хозяйственными обществами и учреждениями; граждане, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью. Их деятельность осуществляется в соответствие с ФЗ \o323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Для создания нормативной базы этой системы здравоохранения разработан, рассмотрен и находится в Государственной Думе проект федерального закона о частной медицине. Принятие его позволит значительно расширить возможности здравоохранения без затрат бюджетных средств. Предусмотрено включение частной медицины в систему оказания медицинской помощи по

98

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

обязательному медицинскому страхованию. Это позволит пациенту с таким полисом обращаться за помощью к частнопрактикующему врачу или в частное лечебное учреждение. Федеральный закон jNg 224 от 13.06.2015 «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в РФ» внес некоторые изменения в порядок их функционирование.



Схема 3. Частная система здравоохранения

1. Отраслевая структура здравоохранения и общественные объединения

Независимо от систем в здравоохранении различают следующие отрасли:

1. лечебно-профилактическая (больницы, поликлиники, диспансеры и пр.);
2. охрана здоровья женщин, матерей и детей;
3. санитарно-противоэпидемическая;
4. аптеки и фармацевтические предприятия;
5. медицинские образовательные учреждения и НИИ;
6. санаторно-курортные медицинские учреждения;
7. судебно-медицинская, патологоанатомическая и судебно-психиатрическая службы;
8. фонды обязательного медицинского страхования.

ГЛАВА 11. Системы и организация здравоохранения, структура

Министерства здравоохранения РФ

I

99

Основу службы здравоохранения составляет первичное звено медико-санитарной помощи. Это медико-санитарные посты, здравпункты, медико-санитарные части — доврачебная амбулаторная помощь, затем врачебные участки, районные амбулатории и участковые больницы.

1. Общественные медицинские организации РФ

Организацией медико-социальной помощи населению занимаются также общественные и иные объединения. В странах с рыночной экономикой и развитым гражданским обществом создание общественно-управленческих механизмов участия граждан в формировании правовых механизмов и контроле за соблюдением прав граждан и пациентов в области охраны здоровья является естественным.

На государственном уровне успешно функционируют Ассоциация врачей России, Межрегиональная ассоциация медицинских сестер. Общество прав потребителей, Профсоюз медицинских работников, Российское общество Красного Креста, религиозные организации. Существуют н в субъектах Федерации корпоративные объединения медицинских работников (врачей и медицинских сестер), призванные реально участвовать в управлении здравоохранением. Это медицинские ассоциации и общества, объединяющие медицинских работников по специальностям. Успешно работает Национальная медицинская палата (президент доктор Л. Рошаль), в задачи которой входит управление профессиональной деятельностью медицинских работников, защита их интересов, подготовка и переподготовка медицинских кадров, создание системы правовой защиты медицинских организаций и медицинских работников и регулирование этических вопросов.

В субъектах Федерации обеспечением охраны здоровья и лекарственным обеспечением населения, помимо администрации регионов, непосредственно занимаются органы управления здравоохранением (министерства, департаменты, комитеты, управления), а также муниципальные органы

100

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

управления здравоохранением. В регионах работают отделения Всероссийских медицинских общественных организаций.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите и охарактеризуйте разные виды систем здравоохранения РФ.
2. Какова организация здравоохранения РФ?
3. Перечислите основные службы, входящие в структуру здравоохранения.
4. Назовите отрасли здравоохранения.
5. Общественные медицинские объединения и их роль в обеспечении охраны здоровья граждан в РФ.

ГЛАВА 12

ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВАМИ И БИОМЕДИЦИНСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие согласно ФЗ от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (последние изм. от 03.07.2016) — это такое состояние общественного здоровья и среды обитания населения, при котором отсутствует опасное для здоровья влияние ее на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение — важное звено обеспечения национальной безопасности.

Первый в истории современной России закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» был принят в 1991 г. Необходимость его обновления обусловлена ростом негативных изменений в санитарно-эпидемиологической обстановке: увеличением числа заболеваний гепатитами, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией и другими социально значимыми болезнями; ухудшением условий среды обитания, безопасности продуктов питания и другими факторами. В этом законе расширен перечень условий обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, определено разграничение компетенции РФ и ее субъектов с расширением их прав и увеличением финансирования на эти нужды. Впервые законодательство ввело систему санитарной охраны территории РФ, направленную на предупреждение заноса на ее территорию инфекционных заболеваний и предотвращение ввоза вредных для здоровья

102 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

человека веществ и отходов, а также предусмотрена прямая ответственность граждан за свое здоровье, как и юридических лиц за ущерб, который они нанесли при нарушении санитарных правил и норм (СанПиН) здоровью граждан.

Правительство РФ 6 июня 2000 г. приняло Постановление jVq 554 «Об утверждении Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» и ряд постановлений Главного государственного санитарного врача РФ. Санитарно-эпидемиологическое благополучие обеспечивается реализацией государственных и региональных программ укрепления здоровья населения, оздоровления среды обитания и условий жизнедеятельности; проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий; соблюдением санитарных правил и норм; экономической заинтересованностью и ответственностью за санитарные правонарушения: широкой информированностью населения о состоянии здоровья и проводимых санитарно-гигиенических мероприятиях; воспитанием высокой санитарной культуры населения; системой государственного и санитарно-эпидемиологического ведомственного надзора.

Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» предусматривает государственное санитарно-эпидемиологическое лицензирование и сертификацию деятельности и административную ответственность за нарушение санитарных правил и их ранжирование по степени тяжести последней. Главным государственным санитарным врачом России 21 октября 2010 г. было принято Постановление № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы».

Последнее утверждение СанПиН 2.1.3.2630-10 Главным государственным санитарным врачом РФ состоялось 18 мая 2010 г. (Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58).

Органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы России составляют единую систему, которая возглавляется федеральной службой по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека с функ

ГЛАВА 12. Обеспечение санитарно-эпидемиологической I \ 03

безопасности лекарствами и биомедицинскими препаратами |

циями контроля в сфере санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения. Возглавляет службу Главный государственный санитарный врач РФ. В эту систему входят и подчиняются ему соответствующие центры в республиках, автономных областях и округах, а также на воздушном, водном и наземном транспорте. На первом уровне санитарно-эпидемиологическую службу осуществляют районные, межрайонные (зональные), городские, а также зональные центры Госсанэпиднадзора на транспорте. Сюда же относятся НИИ гигиенического и эпидемиологического профиля; вузы и средние специальные учебные заведения, осуществляющие подготовку специалистов и повышение их квалификации, и другие санитарно-гигиенические учреждения. Финансирование и материальное обеспечение службы РФ осуществляется из республиканского бюджета РФ и внебюджетных средств, поступающих в порядке, установленном Правительством РФ. В случаях необходимости ликвидации или предупреждения возникновения инфекционных и других массовых заболеваний и отравлений населения в чрезвычайных ситуациях при соответствующей службе Министерства здравоохранения РФ создан специальный фонд.

Ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил предусмотрена ст. 236 и главой 26 Уголовного кодекса РФ, а также административным законодательством.

1. Обеспечение населения лекарствами

Обеспечение населения лекарствами в соответствии с потребностями регламентируется Правительством РФ. Обеспечение и контроль за порядком обеспечения и качеством лекарств возложены на Минздрав России, осуществляются на основании федеральных законов от 12.04.2010 №61 -ФЗ «Об обращении лекарственных средств», ФЗ от 25.07.2002 №116-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (в ред. от 03.07.2016), Постановления Правитель

104 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ства РФ от 30.07.1994 N° 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения, учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (с изм. от 14.02.2002). Правила безопасности и качества медицинских изделий регулируются Постановлением Правительства РФ от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий», а также Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 12.02.2016 N° 46.

В связи с постоянным ростом наркомании особое внимание разными службами и ведомствами уделяется борьбе с незаконным оборотом наркотических средств. В дополнение к названному выше ФЗ N9116-ФЗ Президент РФ издал Указ «О совершенствовании государственного управления в области противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров», в котором на МВД РФ возложена координация деятельности федеральных органов исполнительной власти и субъектов РФ, а также предоставление докладов Президенту РФ в области противодействия незаконному обороту наркотических и психотропных веществ. Указ предписывает создать Государственный комитет под председательством заместителя министра МВД РФ по противодействию незаконному обороту наркотических и психотропных веществ. Некоторые категории граждан обеспечиваются лекарствами, медицинскими препаратами и изделиями на льготных условиях, устанавливаемых Правительством РФ. Перечень этих категорий граждан приводится в Федеральных законах от 12.01.1995 N9 5-ФЗ «О ветеранах» (в ред. от 03.07.2016) и от 24.1 1.1995 N9 181 -ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. от 29.12.2015). Однако список лекарственных средств и изделий подвергается коррекции органами управления субъектов Федерации в зависимости от реальных экономических возможностей региона. Право на выписку рецептов на льготное приобретение лекарств имеют врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

ГЛАВА 12. Обеспечение санитарно-эпидемиологической

безопасности лекарствами и биомедицинскими препаратами

I

105

ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите федеральные законы и постановление Правительства РФ. направленные на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия граждан РФ.
2. Какой орган возглавляет санитарно-эпидемиологическую службу России? Кто стоит во главе его и кому он подчиняется?
3. Назовите структуру санитарно-эпидемиологической службы РФ и укажите ее назначение.
4. Какие основные ФЗ и постановление Правительства РФ определяют порядок обеспечения населения лекарствами и осуществляют надзор за этим видом деятельности?
5. Как организовано обеспечение населения лекарствами и медицинскими изделиями?
6. Какие законы федерального уровня направлены на правовое обеспечение населения лекарствами, изделиями медицинского назначения и предоставление им льгот?

ГЛАВА 13

СИСТЕМА И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В РФ.

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

1. Состояние и особенность финансирования охраны здоровья в РФ

Финансирование здравоохранения осуществляется в основном по бюджетно-страховой системе. После 1993 г. в России сложились разные источники финансирования здравоохранения, которое в советское время считалось бесплатным.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует формировать бюджет здравоохранения следующей структуры: из госбюджета — 60% средств; из средств медицинского страхования, выделяемых работодателем, — 30%, из личных средств граждан — 10%. В странах Европы государственная доля финансирования здравоохранения превышает 70%, в США — около 50% средств, составляющих бюджет здравоохранения.

29 марта 2013 г. на конференции Всероссийского народного фронта в Ростове-на-Дону Президент В.В. Путин сказал, что «на медицину у нас приходится 3,7% от ВВП, что недостаточно». В то же время в европейских странах этот показатель равен 10-12%, в США — 16%. По заявлению министра здравоохранения и соцразвития (2011) расходы здравоохранения на душу населения в России составляли около 120 долларов, что в 40 раз меньше, чем в США, и в 30 раз меньше, чем в странах Балтики. Поэтому появились льготы отдельным категориям граждан, упорядочиваются платное обслуживание и сервисные услуги, а также система медицинского страхования.

ГЛАВА 13. Система и источники финансирования

охраны здоровья в РФ. Платные медицинские услуги

I

107

В настоящее время источниками финансирования в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323н «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» являются:

1. бюджетные средства федеральных, республиканских, местных бюджетов, поступающие от государственных и общественных организаций;
2. средства системы обязательного медицинского страхования (ОМС) от государственных и общественных организаций и других хозяйствующих объектов;
3. внебюджетные средства добровольного медицинского страхования (ДМС). личные средства граждан, благотворительные взносы, средства государственных и муниципальных систем здравоохранения. На это указывалось еще в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью» (26.10.2000);
4. платная медицина;
5. доходы от ценных бумаг и кредиты, в первую очередь банков;
6. благотворительные фонды общественных организаций и граждан.

В зависимости от вида медицинской помощи определены несколько источников финансирования.

1. Первичная медико-санитарная помощь финансово обеспечивается за счет средств территориальных программ ОМС. средств бюджетов субъектов РФ; бюджетных ассигнований территориальных программ госгарантий бесплатной медицинской помощи, не входящей в территориальные программы ОМС; иных источников в соответствии со ст. 82 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Специализированная медицинская помощь финансово обеспечивается за счет средств ОМС в рамках территориальных программ ОМС; ассигнований бюджетов субъектов РФ в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, не входящей в территориальные программы ОМС; бюджетных ассигнований федерального бюджета, не входящих в

108

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

базовую программу ОМС; иных источников в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

1. Скорая медицинская помощь финансово обеспечивается за счет средств ОМС в рамках территориальных программ ОМС; ассигнований бюджетов субъектов РФ в рамках территориальных программ госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи, не входящей в территориальные программы ОМС; бюджетных ассигнований федерального бюджета в федеральных государственных учреждениях, включенных в перечень, утвержденный Правительством РФ, не входящий в базовую программу ОМС.
2. Санаторно-курортное лечение финансово обеспечивается за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов для отдельных категорий граждан; бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых на содержание подведомственных федеральным органам санаторно-курортным организациям; за счет средств граждан.
3. Паллиативная помощь финансово обеспечивается за счет бюджетных ассигнований субъектов РФ в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи; иных источников.
4. Население отдельных территорий и организаций финансово обеспечивается за счет средств ОМС в рамках территориальных программ ОМС и ассигнований федерального бюджета.
5. Медицинская помощь военнослужащим и приравненным к ним лицам, а также лицам задержанным, заключенным под стражу, арест, финансово обеспечивается в соответствии с законодательством РФ.

Очевидно, этих средств недостаточно, о чем свидетельствуют некоторые статистические показатели ООН. Россия по показателям здоровья населения занимает 127-е место, по продолжительности жизни — 111-е, по общей смертности — 182-е среди 207 стран (set-info.ru).

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь гражданам в учреждениях государственной и

ГЛАВА 13. Система и источники финансирования

охраны здоровья в РФ. Платные медицинские услуги

109

I

муниципальных систем оказывается бесплатно. Этим объясняются принятые Правительством РФ постановления. Так, в Постановлении Правительства России от 19 декабря 2015 г. №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» делается упор на формирование и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Правительство РФ утвердило изменения и дополнения по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Бесплатность при оказании медицинской помощи в настоящее время обеспечивается программой государственных и территориальных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, чему посвящена глава 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Следует иметь в виду, что кроме Министерства здравоохранения за счет бюджета функционируют и ведомственные медицинские учреждения Министерства обороны, Министерства финансов, Министерства труда, МИНЭНЕРГО, МВД, МИД, МПС, налоговой службы и другие. Имея еще и свои ведомственные дотации, они богаче лечебных учреждений общей системы здравоохранения. Поэтому появились и упорядочиваются платное обслуживание и сервисные услуги, нуждаются в увеличении льготы отдельным категориям граждан, а также система медицинского страхования.

Что касается финансового обеспечения медицинского и фармацевтического образования, а также научных исследований в сфере охраны здоровья, то их финансовое обеспечение осуществляется в соответствии с законодательством РФ, однако принятый ГД бюджет на 2017 г. предусматривает их сокращение.

В Федеральном законе перечислены виды услуг медицинской помощи, за которые недопустимо взимать плату

110

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

с граждан. Это все основные виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь, специализированная, замена лекарств на более дорогие в случаях непереносимости, индивидуальная палата в случаях тяжести заболевания или по эпидемиологическим показаниям, транспортные услуги при обследовании, которое лечебное учреждение у себя не проводит, а также бесплатное пребывание родителя или законного представителя в больнице с ребенком младше трех лет.

Из федерального бюджета финансируются все федеральные и реабилитационные центры, федерально-целевые программы («сахарный диабет» и др). Из бюджетов федерального и муниципальных субъектов финансируются специальные диспансеры, дома ребенка, наркологическая, кожно-венерологическая службы, переливания крови, по лечению СПИДа, дорогостоящие виды диагностики и лечения, льготное снабжение лекарствами и научные медицинские учреждения. В целях безопасности государство оставило на свое обеспечение важнейшие виды помощи: заболевания, передающиеся половым путем; туберкулез, СПИД, психические расстройства и наркологические заболевания; скорую помощь и высокотехнологичную дорогостоящую медицинскую помощь. За неработающее население платит государство.

Следует заметить, что Россия из 191 страны — члена ВОЗ занимает 75-е место по объему финансов, направляемых на здравоохранение, однако по эффективности использования этих ресурсов, с точки зрения влияния на здоровье населения, — только 127-е место. Опрос населения России, проведенный ВЦИОМ в 2013 году (Российская газета от 16.12.2014 г.), показал, что наиболее нарушаемым из всех прав человека в РФ является право на бесплатную медицинскую помощь (71%), которое население считает главным правом, второе место в этом опросе заняло право на образование — 54%.

В главе 11 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указывается, что большую часть финансирования здра-

ГЛАВА 13. Система и источники финансирования

охраны здоровья в РФ. Платные медицинские услуги

I

111

воохранения берет на себя ОМС. Это платежи из бюджета, отчисления от предприятий; территориальные фонды финансируют страховые медицинские организации. Бюджетная система и система ОМС имеют федеральные и территориальные уровни. Ресурсы в здравоохранении используются примерно в следующем соотношении: 64% — на стационарное обследование и лечение, 27% — на амбулаторно-поликлиническое и 9% — на скорую медицинскую помощь.

В Федеральном законе недвусмысленно отмечается, что в рамках программы государственных гарантий все виды медицинских услуг оказываются бесплатно. Это касается и частных медицинских организаций, если они участвуют в этой программе. Особое значение в обеспечении бесплатности для граждан отнюдь не бесплатной вообще медицинской помощи имеют источники финансирования.

В октябре 2016 года Правительство РФ предложило сократить расходы на здравоохранение на 33%. В 2017 году они составят 362 млрд руб. против 554 млрд руб. в 2016 году, на стационарную медпомощь сократятся на 39%, на амбулаторную помощь — в 1,7 раза, на санитарно-эпиди- миологическое благополучие на 16% (<http://www.mk.ru/> economics/2016/10/13/).

1. Платные медицинские услуги

Дополнительным источником финансирования здравоохранения являются платные медицинские услуги, сверх предусмотренных ОМС. Они регулируются Постановлением Правительства РФ «О порядке предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» (1995) и специальными Правилами. Эти нормативные документы обновлены Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ст. 84 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

112 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

На охрану здоровья в России в основном направляются бюджетные средства и средства OiMC. Однако наряду с государственным сектором медицинской помощи существуют коммерческие организации, оказывающие населению медицинские услуги на платной основе. Таким образом, предпринимательская деятельность в здравоохранении, как и платные услуги, все больше оттесняет государственные учреждения. Позицию государства пояснил Президент, отметив необходимость организации платы медикам не за сам факт их существования, а за качество и количество оказываемых услуг. Он подчеркнул необходимость развития платных услуг наряду с наращиванием бюджетного финансирования.

Хотя противников введения платного сектора медицины и по сей день достаточно, смысл платной медицинской помощи предполагает не замену государственных услуг здравоохранения, а их дополнение и расширение, направленное на усиление конкуренции и, как следствие, повышение качества медицинской помощи. Как правило, хорошо обеспеченные граждане отдают предпочтение услугам негосударственного сектора медицины с высоким уровнем обслуживания и обладают правом выбора лечащего врача и лечебного учреждения.

В 2016 г. платность все большего количества услуг постепенно становится нормой. Сложилось так, что значительную часть средств вкладывают сами пациенты. Правительство Российской Федерации разработало и утвердило еще в 1996 г. «Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которые во многом изменились. Определен порядок предоставления платных медицинских услуг в дополнение к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. Платные услуги могут быть: 1) простыми (пациент + специалист); 2) сложными (пациент + набор простых медицинских услуг); 3) комплексными (пациент + набор простых и сложных медицинских услуг).

ГЛАВА 13. Система и источники финансирования

охраны здоровья в РФ. Платные медицинские услуги

I

113

Такая система достаточно апробирована в области стоматологии, но и здесь врач не знает, что, оказывая услуги на платной или бюджетной основе, он получит одинаковый процент от стоимости выполненной работы. Система учета врача-стоматолога производится в соответствии с Приказом М3 РФ от 02.10.1997 .\г9 289, согласно которому труд оценивается по условным единицам трудоемкости в соответствии с затраченным временем, без учета сложности заболевания и его аномалий. В результате из 100% полученной суммы 43,6% идет на зарплату медперсоналу (30% врачу или технику, 6% — медсестрам, 7,6% — вспомогательному персоналу). Кроме того, 15,4% — на оплату используемого материала и 34,2% — на налоги. Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи.

В отличие от медицинской помощи, оказываемой за счет разных уровней бюджета, медицинская услуга — это медицинская помощь, которая оказывается за счет личных средств, средств работодателей, физических и юридических лиц и взносов на ДМС. Медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рам- кахдоговоровс гражданами или организациями. В договоре должны быть регламентированы условия и сроки получения медицинской услуги, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Платные медицинские услуги могут оказываться как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в качестве разовых консультаций, процедур, исследований, в том числе сверх выполняемых стандартов медицинской помощи в соответствии с договором оказания платных услуг. Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид

114

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

деятельности. Контроль за организацией и качеством выполнения платных услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые возложены данные функции.

За плату не могут быть предоставлены услуги при оказании скорой медицинской помощи, безотлагательных медицинских вмешательств по экстренным показаниям (травма, отравление, несчастный случай), а также при производстве судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы, за исключением экспертиз по гражданским и арбитражным делам, по делам об административных правонарушениях. Не могут быть платными патологоанатомическое вскрытие трупа лица, умершего в больнице, в машине скорой помощи, и ряд других услуг, включенных в территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В Правилах также указывается, какими правами наделены граждане при получении платных медицинских услуг, а также определен порядок возмещения убытков, если они имели место. Платные медицинские услуги могут быть оказаны медицинскими организациями всех систем здравоохранения.

<ф> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Система формирования бюджета здравоохранения РФ.
2. Перечислите источники финансирования здравоохранения.
3. Какие виды медицинской помощи финансируются государством?
4. Какие виды медицинской помощи не могут быть платными?
5. Законодательные основы бесплатного оказания медицинской помощи.
6. Что такое платная услуга? Какова законодательная база ее использования?
7. Источники финансирования и организация оказания платных медицинских услуг.

РАЗДЕЛ V

ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ  
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ  
И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ПРОБЛЕМА  
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГЛАВА 14

ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ И АККРЕДИТАЦИИ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

К занятию профессиональной деятельностью допускаются лица, получившие высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, имеющие диплом и сертификат специалиста, а на занятие некоторыми видами деятельности — также лицензию. Лица, окончившие средние медицинские учебные заведения, могут получить разрешение на осуществление профессиональной деятельности на основании диплома о профессиональном образовании и квалификации, а на занятие другими видами деятельности, требующими длительной подготовки, — после проведения курсов специализации и получения сертификата специалиста. Лица, получившие медицинскую или фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, включая с граны СНГ, допускаются к работе в порядке, установленном Правительством РФ. Лица, не работавшие более пяти лет по своей специальности, могут быть допущены к работе после переподготовки и подтверждения сертификата специалиста. Продолжительность переподготовки определяется учебными планами и программами обучения. Работ

116

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ники со средним образованием, не работавшие более пяти лет по специальности, зачисляются на время обучения в медицинские или аптечные учреждения, соответствующие их базовому образованию, после чего сдают квалификационный экзамен и получают сертификат. Это время засчитывается в стаж работы. По окончании переподготовки специалисты сдают экзамены по специальности квалификационной комиссии. Медицинские учреждения должны быть аккредитованы и иметь сертификат для занятия соответствующей деятельностью.

Аккредитация (от лат. accredo — доверяю) учреждений и лиц — это определение соответствия их деятельности установленным стандартам по оказанию медицинской помощи и услуг.

Аккредитацию учреждений и лиц проводят аккредитационные комиссии, которым в установленном порядке представляется перечень документов. Сроки проведения аккредитации и тарифы устанавливаются региональными органами государственного управления. Федеральный закон № 323 от21.11.2011, отменив сертификацию, с 1 января 2016 г. ввел обязательное проведение аккредитации на право заниматься профессиональной медицинской деятельностью высшим и средним медработниками высшего и среднего звена и медицинским учреждением. Однако в связи с тем, что Положение о порядке проведения аккредитации к концу этого года не разработано аккредидация не проводится.

Лицензирование медучреждений, являясь правовым процессом, основано на нормативных документах: Фе

деральном законе РФ от 04.05.2011 № 99 «О лицензировании отдельных видов медицинской деятельности», Постановлении Правительства РФ от 16.03.2012 № 291 об утверждении Положения о лицензировании медицинской (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), Постановлении Правительства РФ от14.03.2014 №179 «Об утверждении регламента предостав

ГЛАВА 14. Порядок, условия лицензирования и аккредитации, I 117

права и обязанности медицинских учреждений |

ления М3 РФ государственных услуг», Приказах М3 РФ, а также нормативных документах территориальных органов власти и Росздравнадзора.

Лицензирование осуществляется органом исполнительной власти субъекта РФ, находящимся на территории этого субъекта. При необходимости деятельности в других регионах регистрация такой лицензии обязательна органом исполнительной власти субъекта РФ. Это касается медицинских организаций, клиник вузов и НИИ. В состав лицензионной комиссии органа государственного управления субъекта РФ входят его представители или местной администрации, органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских фармацевтических ассоциаций.

Комиссия определяет срок действия лицензии, но не более чем на пять лет для государственных учреждений и не более чем на три года — для учреждений с негосударственными формами собственности. Лицензирование предусматривает изучение представленных учреждением документов, проведение экспертизы на местах и выдачу лицензии на право оказания медицинской помощи в заявленном объеме, с ограничениями либо обоснованный отказ в выдаче лицензии.

Медицинские работники — это наиболее значимая часть здравоохранения, обеспечивающая его результативность. К ним относятся врачи, медицинские сестры с высшим образованием, сестринский и младший медицинский персонал, зубные врачи, фармацевты, фельдшеры, акушерки, помощники санитарных врачей и эпидемиологов, лаборанты, рентгенотехники и другие. Кроме того, в системе здравоохранения трудятся немало специалистов с немедицинским образованием: биологи, химики, юристы, экономисты, социологи, инженеры, техники, компьютерщики и другие.

Органы управления здравоохранением, медико-фармацевтические учреждения, организации, профессиональные ассоциации могут ходатайствовать перед лицензионной комиссией о внеочередном лицензировании, а также о лишении или приостановлении лицензии, если выявлено

118

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

несоблюдение требований стандарта качества медицинской помощи. Что касается лицензий на деятельность медицинских образовательных учреждений, высших и средних учебных заведений, а также послевузовского образования, то они выдаются Министерством образования РФ. Порядок и требования к организации лицензирования, перечень документов, которые представляет медицинское учреждение лицензионной комиссии, утверждены Приказом М3 РФ от 11.03.2013 jSfo 121 н «О лицензировании медицинских услуг в 2016 году».

Лицензируемое учреждение имеет право:

* получать все необходимые сведения и документы о порядке лицензирования;
* проводить лицензирование повторно;
* увеличивать сроки лицензирования;
* оспаривать решение территориальных лицензионных комиссий в республиканской комиссии;
* принимать на лицензирование независимых экспертов с правом совещательного голоса.

Лицензируемое учреждение обязано:

* подавать в срок заявку и документы на лицензирование;
* отвечать за правдивость сведений, изложенных в представляемых документах;
* подтвердить оплату и обеспечить условия для проведения лицензирования;
* обеспечить явку на заседание лицензионной комиссии представителей учреждений.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Зачем необходимы аккредитация и лицензирование медицинских учреждений?
2. Кем устанавливаются порядок лицензирования и перечень видов медицинской деятельности?
3. Кто принимает решение о выдаче лицензии и на какой срок?

ГЛАВА 14. Порядок, условия лицензирования и аккредитации,

права и обязанности медицинских учреждений

1

119

1. Какие документы представляет медицинское учреждение для лицензирования?
2. Права и обязанности лицензируемого учреждения.
3. Кто осуществляет контроль за лицензионной деятельностью?
4. Каковы права и обязанности медицинской организации?

ГЛАВА 15

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (КМП). КОНТРОЛЬ И ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА, СТАНДАРТИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

1. Права и обязанности медицинских организаций

С учетом новых реалий деятельность медицинских организаций приводится в статьях 78 и 79 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Медицинская организация имеет право государственных гарантий в оказании медицинской помощи гражданам, включая программу ОМС; может вносить своему учредителю предложения по оптимизации этой работы, выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности; создавать информационные системы с данными о пациентах и оказанных им услугах, соблюдая конфиденциальность, и заниматься научной деятельностью.

Значительно больше у медицинских организаций ограничений и обязанностей:

* осуществлять свою деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами и стандартами, причем при необходимости помощь может быть оказана экстренно;
* соблюдать врачебную тайну, информировать граждан о возможности оказания медицинской помощи бесплатно в рамках государственных гарантий и государственных территориальных программ;
* обеспечивать применение лекарственных препаратов, продуктов лечебного питания и медицинских изделий и других средств;

ГЛАВА 15. Права и обязанности медицинских организаций.

Проблема качества медицинской помощи

121

I

* предоставлять достоверную информацию об эффективности методов лечения, о квалификации медицинских работников, о порядке, условиях и объеме оказания медицинской помощи;
* обеспечить профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников;
* осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи;
* информировать соответствующие органы МВД о поступлении пациентов, в отношении которых подозреваются противоправные действия;
* вести всю предусмотренную порядком оказания медицинской помощи медицинскую документацию, обеспечивать ее учет и хранение;
* проводить профилактические мероприятия по снижению риска травматизма, профессиональных заболеваний, риска развития заболеваний и проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

4 октября 2012 г. Правительство РФ приняло Постановление ,\\*9 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в которых предусмотрено право медицинских организаций оказывать по желанию потребителя платные медицинские услуги. К ним относятся следующие услуги сверх оказываемых бесплатно в соответствии с государственными и территориальными программами, по договору:

* установление индивидуального поста медицинского наблюдения в условиях стационара;
* применение лекарственных препаратов и медицинских изделий, не входящих в перечень жизненно необходимых, а также лечебного питания, не предусмотренного стандартами медицинской помощи.

В Правилах приводятся условия предоставления медицинских услуг, информация об исполнителе и предостав

122

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ляемых им услугах, порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг, ответственность исполнителя, контроль за предоставлением медицинских услуг и указание о возмещении вреда в случае причинения его в результате оказания медицинских услуг в соответствии с законодательством РФ.

1. Понятие, проблема и значение качества медицинской помощи и деятельности медицинских организаций

В России качество товаров и услуг во все времена было актуальной проблемой. Великий русский философ И.А. Ильин, находясь в эмиграции, обращался к своим современникам: «...Россия восстанет от распада и унижения и начнет эпоху нового расцвета и нового величия. Но возродится она и расцветет лишь после того, как русские люди поймут, что спасение надо искать в качестве!» Удивительно актуальны его слова и сегодня.

История научной разработки проблем качества в здравоохранении уходит в глубокую древность. Еще в 1991 г. Всемирная организация здравоохранения, определяя политику в медицине, сформулировала задачу 31 «Качество обслуживания и технологии»: к 2000 г. все государства должны иметь соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медицинской помощи и совершенствования использования высокой технологии. По уровню качества медицинской подготовки Россия занимает 130-е место в мире. Важнейшим средством достижения цели, стоящей перед здравоохранением и направленной на улучшение неблагополучной демографической ситуации России, является обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи. Для этого мы должны иметь четкое представление о том, чем определяется качество медицинской помощи, разработать критерии оценки качества, создать систему контроля и экспертизы качества и определить стратегию улучшения всех видов медицинской помощи.

ГЛАВА 15. Права и обязанности медицинских организаций.

Проблема качества медицинской помощи

I

123

Качество медицинской помощи (КМП) — это эффективность обследования и лечения пациента, основная характеристика медицинского обслуживания; это фактор, влияющий на развитие здравоохранения, степень соответствия медицинской помощи современному уровню стандарта медицинской технологии и потребностям пациента.

Для объективного определения качества необходимы оценочные критерии: оценка диагностических и лечебных методов; оценка правильного выполнения установленных наборов мероприятий и в достаточном объеме в соответствии со стандартом; оценка правильности и полноты заполнения медицинских документов. В Германии и Австрии уже несколько лет работают федеральные институты качества и эффективности медицинской помощи.

В 2005 г. был создан Президиум Государственного совета, который 11 октября 2010 г., рассматривая проблему качества медицинской помощи, отметил необходимость его повышения, ибо состояние здоровья населения остается неблагополучным и по ряду важных показателей отстает от многих стран. Одной из главных причин этого, считает Президиум Госсовета, является неэффективность отечественного здравоохранения. Это особенно важно в преддверии реформ модернизации здравоохранения, о необходимости которых говорится в течение многих лет. Кроме того, гарантированное высокое качество оказания медицинской помощи является не только одним из определяющих факторов, увеличивающим шансы остаться здоровым, быстрее выздороветь и дольше прожить, но и повышает степень удовлетворенности населения системой здравоохранения, поднимает рейтинг профессии врача.

Качество медицинской помощи имеет ряд определений. ВОЗ нашла возможность выделить четыре ее основных компонента:

1. максимальное выполнение медицинским работником профессиональных функций, к которым относятся обоснованность, своевременность, адекватность и безопасность;

124 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I . МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. оптимальное использование кадровых, технологических, лекарственных и других ресурсов в конкретных условиях оказания медицинской помощи;
2. минимальный и обоснованный риск для пациента;
3. максимальное удовлетворение пациента результатами медицинской помощи.

Качество оказания медицинской помощи находится в зависимости не только от действий медперсонала (даже при неблагоприятных последствиях), но и от умелого применения им при контакте с больным этико-деонтологических, психологических и правовых знаний.

Федеральный перечень дефектов оказания медицинской помощи в соответствии с договорными обязательствами ОМС, включая медицинскую документацию, содержит 14 основных пунктов с подпунктами.

По мнению ряда российских ученых, каждый третий диагноз отечественными врачами ставится ошибочно. Для сравнения: в США врачебные ошибки составляют 3—4%, в Великобритании — 5%, во Франции — 3%. Большая роль в повышении качества медицинской помощи (КМП) отводится созданной в 2010 г. Национальной медицинской палате для объединения медицинских организаций. Еще более важным элементом в повышении качества медицинской помощи являются меры, принимаемые медицинскими работниками.

Президент Национальной медицинской палаты Л. Рошаль отметил: «Мы хотим взять на себя ответственность за качество оказания медицинской помощи, связанное с квалификацией медицинского работника».

Отмечают восемь универсальных принципов управления качеством медицинской помощи, применимых ко всем ее видам. По мнению ряда западных специалистов, КМП может быть ограничено четырьмя ключевыми принципами.

1. Понимание работы в форме процессов и систем, направленных на достижение лучшего результата.
2. Важность соучастия. Поскольку разные специалисты вовлечены в процесс на разных его стадиях, они должны иметь свою точку зрения и вносить свой вклад.

ГЛАВА 15. Права и обязанности медицинских организаций.

Проблема качества медицинской помощи

I

125

1. Ориентация на потребителя: качество можно рассматривать как функцию степени, до которой удовлетворяются запросы пациентов.
2. Использование научной методологии, так как качество медицинской помощи основано на доказательствах эффективности медицинских вмешательств и особенностях организации ее оказания.

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» качество и доступность медицинской помощи отнесены к основным принципам охраны здоровья (ст. 4). В последние годы все большую актуальность стали получать ведомственные и вневедомственные досудебные экспертизы качества медицинской помощи, на которой остановимся отдельно.

В статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» приведенного выше Федерального закона отмечается, что экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Контроль качества медицинской деятельности. Организации контроля качества в сфере охраны здоровья посвящена глава 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Это предусмотрено и Приказом МЗиСР РФ от 31.12.2006 № 900 «Об утверждении регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы». Для решения вопросов, связанных с профессиональными нарушениями при оказании медицинской помощи, используются результаты экспертизы качества. Порядок действия экспертов качества изложен в инструкциях, основанных на применении стандартов медицинской помощи в рамках программ

126 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ОМС. и определен Приказом ФФОМС от 13.12.2011 N° 230 «Об утверждении порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом ОМС и размещения его на официальном сайте территориального фонда ОМС в сети Интернет».

Контроль качества медицинской помощи также осуществляется в соответствии с Приказом М3 РФ и Федерального фонда ОМС от 11.12.1998 N° 361/99 «О порядке осуществления контроля за назначением и обеспечением отдельных категорий граждан РФ на льготных условиях лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения» и другими нормативными документами.

Центральным ведомством, осуществляющим надзор и контроль за организацией и качеством медицинской помощи населению, является федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения.

Различают следующие виды контроля качества и безопасности медицинской помощи.

1. Ведомственный контроль качества медицинской помощи — производится в соответствии с положением о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории Российской Федерации.
2. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи за деятельностью учреждений здравоохранения (независимо от форм собственности), а также частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) — осуществляется на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Вневедомственный контроль может осуществляться в виде предупредительного контроля, контроля результата, целевого контроля, планового контроля и повторного контроля (медэкспер- тиза).
3. Внутренний контроль.

Экспертиза качества деятельности лечебных организаций.

Экспертиза качества медицинской помощи, помимо ведомственной, административной, обоснованной в правовом

ГЛАВА 15. Права и обязанности медицинских организаций. I 127

Проблема качества медицинской помощи |

отношении, проводится страховыми учреждениями. Наиболее сложившейся в настоящее время является медицинская экспертиза в системе ОМС, целью которой является оценка объема и качества оказанной медицинской услуги на любых этапах ее оказания (перечень дефектов качества в системе ОМС приводится в главе о ДМП). В ее функцию входят проведение экспертного анализа, описание в протоколе врачебных ошибок, их причинно-следственных связей и негативных последствий, оформление экспертного заключения с выводами. Перечень врачей, включенных в регистр экспертов, утверждается приказом руководителя медицинской организации.

Плановая экспертиза КМП назначается: по запросам и жалобам страхователя, связанным с оказанием медицинской помощи его работникам; по факту отклонения от сложившихся среднестатистических показателей объемов медицинской помощи; по фактам превышения в 1,5 раза сроков госпитализации по сравнению со сложившимся среднестатистическим показателем; с целью изучения и экспертной оценки оказания медицинской помощи по отдельному подразделению, виду медицинской деятельности, отдельной нозологической форме, методу диагностики или технологии; при наличии ранее выявленных дефектов оказания медицинской помощи.

Целевой вид экспертизы — оказание помощи застрахованному гражданину индивидуально. Объектом экспертизы является медицинская документация. Экспертиза КМП застрахованному назначается в обязательном порядке:

1. по жалобе застрахованного или его родственников, законного представителя или адвоката;
2. по постановлению суда, прокуратуры, органов дознания;
3. по факту летального исхода или по факту первичного получения инвалидности лиц трудоспособного возраста;
4. по факту повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца;

128

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

. МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. по факту повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение семи дней со дня амбулаторного лечения;
2. по факту внутрибольничного инфицирования и осложнений;
3. по факту наличия в диагнозе признаков вреда здоровью застрахованного при оказании ему медицинской помощи;
4. по факту взаимного несоответствия различных данных реестра застрахованных.

Одним из направлений реформирования здравоохранения является создание действенного механизма подъема качества медицинской помощи. Эта важная цель включает механизм стандартизации основных процессов медицинской деятельности, которая базируется на зарекомендовавших себя научно-практических результатах. О чрезвычайной актуальности поставленной цели свидетельствуют данные академика А.Г. Чучалина (2006), который отметил, что. так как практически каждый третий диагноз в нашей стране ставится врачами неправильно, это приводит к смерти примерно 12% больных.

Качественное выполнение диагностического процесса с критерием соответствия современному уровню развития медицины связано с внедрением эффективных медицинских технологий и профессионального уровня персонала. Точность диагностики в XIX в. зависела от сбора анамнеза и простых методов: аускультации, перкуссии, пальпации и редкой вто время лабораторной диагностики. С началаХХ1 в. объем методов диагностики и возможности их применения так расширились, а медицинская практика усложнилась настолько, что с целью унификации и упорядочения диагностики понадобилась стандартизация лечебно-диагностического процесса. Необходимость использования стандартов практически к любому заболеванию с перечнем обязательных диагностических процедур особенно важна при использовании их в каждом населенном пункте. Совместный Приказ М3 РФ и ФФОМС от 19.01.1998 № 12/2 «Об органи-

ГЛАВА 15. Права и обязанности медицинских организаций.

Проблема качества медицинской помощи

129

I

зации работ по стандартизации в здравоохранении» положил начало использованию стандартов в медицине.

Стандарт (от англ, норма) — это эталон, модель, образец качества выполненной работы, конечной продукции. Он предусмотрен п. 4 ст. 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». В настоящее время у нас разработано 1 100 стандартов, однако юридически оформлено чуть более 500. Стандарты диагностики некоторых заболеваний неудачны и пересматриваются.

Основные цели стандартизации: создание единой оценки показателей качества медицинских услуг; установление научно обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству; обеспечение единой оценки и взаимодействия между учреждениями разных субъектов, осуществляющих СМЭ. Обоснованная оценка особенно важна при осуществлении контроля качества медицинской помощи в случаях подозрения на ненадлежащее врачевание, ее оценке многочисленными комиссиями медицинских, страховых и судебно-медицинских экспертных учреждений.

Основные задачи стандартизации:

1. установление единых требований к взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов;
2. обеспечение функционирования систем классификации и кодирования;
3. нормативное обеспечение порядка надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов;
4. установление единых и достаточных требований к сертификации, подготовке и аттестации специалистов, лицензированию и аккредитации учреждений СМЭ.

Основные направления развития стандартизации:

1. стандартизация медицинских услуг, требований к условиям оказания медицинской помощи, профессиональной деятельности, информационного обеспечения;
2. стандартизация в области профессиональной деятельности — требования к аттестации, сертификации.

Стандарты как индикаторы качества используют для аккредитации медицинских организаций на право получения

130

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

госзаказа по выполнению государственных гарантий медицинской помощи, оценки эффективности реализации федеральных целевых программ и оценки качества медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

Проблемы качества только в 15% случаев обусловлены индивидуальными нарушениями, а в 85% являются результатом дефектов самой системы организации медицинской помощи. Современный подход основан на доказательной медицине, отходе от настоящего увлечения стандартами в медицине при определении качества медицинской помощи, фокусировании внимания на исходах или результатах каждого случая.

Следует отметить, что как близкая цель — повышение качества лечебно-диагностического процесса, так и отдаленная — оздоровление населения России, могут быть достигнуты при четком обеспечении границ ее правового поля, при создании механизма ее практической реализации. Это необходимо при оценке надлежащего врачевания в практической медицинской деятельности и осуществлении объективного, равного на всех уровнях надзора в здравоохранении.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие и проблемы качества медицинской помощи.
2. Назовите четыре компонента качества медицинской помощи по ВОЗ.
3. Цель и значение повышения качества деятельности медицинских учреждений.
4. Ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
5. Принципы и виды качества медицинской помощи (КМП).
6. Плановая и целевая экспертиза качества медицинской помощи.
7. Какими нормативными актами осуществляется контроль КМП?

ГЛАВА 16

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1. Общие положения и понятия

В соответствии с Конституцией Российской Федерации гражданам России гарантировано право на свободное предпринимательство и иную экономическую деятельность. Данное право можно характеризовать как проявление личной свободы гражданина в сфере экономики. Свобода предпринимательства и экономической деятельности рассматривается как одна из основ конституционного строя наряду с правом частной собственности. Законодательной основой предпринимательства, в том числе и в медицине, является ряд нормативных актов. Среди них важный — Федеральный закон от 24.07.2007 № 209 «О развитии малого и среднего предпринимательства в РФ». Понятие «предприниматель» произошло от французского слова «посредник», т. е. осуществляющий свою деятельность с целью получения прибыли. В соответствии с этим можно сказать, что основная цель предпринимательской деятельности — это получение прибыли, но само понятие предпринимательской деятельности намного шире. Предпринимательская деятельность в медицине основана на общих законодательных актах, хотя имеет и свои особенности.

Прежде всего, необходимо отметить, что основополагающее начало регулирования предпринимательской деятельности, закрепленное в нормативных актах различного уровня, определяет наряду со свободой предпринимательской деятельности право граждан России на занятие любой не запрещенной законом деятельностью. Государство, со своей стороны, гарантирует защиту конкуренции и ограничение монополий, равную защиту всех форм собственности,

132

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

законность при осуществлении предпринимательской деятельности, сочетание частных и публичных интересов.

Таким образом, предпринимательская деятельность — это самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, оказания услуг лицами, зарегистрированными в качестве предпринимателей.

В рыночной экономике, как это ни парадоксально, моральный фактор играет важную роль. Поэтому в предпринимательстве (особенно в медицинском) взаимоотношения участников должны основываться, наряду с правом, на профессиональной этике, честности, правдивости и доверии сторон. В будущем, когда в нашей стране установится стабильность, когда станет значимым кодекс деловой чести, без этих качеств участников бизнеса результат может быть положительным только временно.

Субъектами предпринимательской деятельности являются лица, зарегистрированные в качестве предпринимателей в установленном законом порядке. Предпринимательская деятельность может осуществляться в индивидуальной и коллективной форме.

Коллективные предприниматели — это юридические лица, организации, зарегистрированные в конкретной организационно-правовой форме. Индивидуальная форма представляет собой лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица. Важным правилом при осуществлении предпринимательской деятельности является государственная регистрация, которая осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 N° 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей», вступившим в силу с 1 июля 2002 года.

Юридические лица в соответствии с Гражданским кодексом РФ представляют собой организации, которые имеют в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечают по своим

ГЛАВА 16. Законодательные основы предпринимательской

деятельности в здравоохранении

J

133

обязательствам этим имуществом, могут от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

Признавая юридические лица субъектами гражданских прав и обязанностей, Гражданский кодекс РФ подразделяет юридические лица на коммерческие и некоммерческие, в зависимости от наличия при создании и деятельности организации в качестве основной цели прибыли. Для коммерческих организаций основной целью является получение прибыли. Некоммерческие характеризуются тем, что получение прибыли не должно быть основной целью, полученная прибыль должна направляться на реализацию уставных целей, прибыль не может распределяться между участниками (учредителями) юридического лица.

Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями. В договоре должны быть регламентированы условия и сроки получения медицинской услуги, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности.

Контроль за организацией и качеством выполнения платных услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые возложены данные функции.

В правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг также указывается, какими правами наделены граждане пои получении платных

134 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| \* МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

медицинских услуг, а также определен порядок возмещения убытков, если это имеет место. Платные медицинские услуги могут быть оказаны лечебно-профилактическими учреждениями всех систем здравоохранения, и, хотя существуют особенности, свойственные каждой из систем, тем не менее, экономический механизм реализации платных услуг общий. В сфере производства, распределения и потребления медицинских услуг участвуют учредитель (инвестор), производитель (наемный медицинский и управленческий персонал), услугополучатель (пациент) и государство. Коммерческие организации действуют на основе устава или учредительного договора, которыми определяются основная деятельность, условия и порядок распределения прибыли и убытков между участниками. Большей частью коммерческие медицинские организации оказывают услуги населению, которые пользуются повышенным спросом: стоматологические, гинекологические, лечебно-косметологиче- ские и некоторые другие.

1. Формы коммерческих и некоммерческих медицинских организаций

Выделяют следующие организационно-правовые формы коммерческих организаций: хозяйственные товарищества, хозяйственные общества, производственные кооперативы, государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Хозяйственные товарищества. Участники товарищества обязаны непосредственно участвовать в его деятельности, вследствие чего эта деятельность представляет собой объединенные действия участников товарищества, иными словами, участники фактически ведут от имени товарищества самостоятельную предпринимательскую деятельность.

Есть два вида хозяйственных товариществ: полное товарищество и товарищество на вере. Полное товарищество характеризуется тем, что его участники в соответствии с заключенным между ними договором занимаются предпри

ГЛАВА 16. Законодательные основы предпринимательской

деятельности в здравоохранении

J

135

нимательской деятельностью от имени товарищества и несут ответственность по его обязательствам принахлежа- щим им имуществом. Второй вариант хозяйственных товариществ именуется товариществом на вере. Это товарищество, участниками которого являются члены полного товарищества, физические лица и индивидуальные предприниматели.

Хозяйственные общества. Выделяют общество с ограниченной ответственностью, общество с дополнительной от-

т

ветственностью, акционерное общество.

Общество с ограниченной ответственностью представляет собой учрежденную одним или несколькими лицами коммерческую организацию, уставный капитал которой разделен на принахгежашие ее участникам доли заранее определенных размеров, установленных учредительными документами, которые представлены учредительным договором и уставом. Деятельность данных организаций регулируется нормами ГК РФ, а также Федеральным законом 08.02.1998 № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью».

Общество с дополнительной ответственностью представляет собой коммерческую организацию, образованную одним или несколькими лицами, солидарно несущими субсидиарную ответственность по ее обязательствам в одинаковом XIя всех кратном размере к стоимости их вкладов.

Акционерное общество представляет собой наиболее сложную форму хозяйственных обществ. Уставный капитал акционерного общества разделен на определенное число одинаковых долей, каждая из которых выражена ценной бумагой — акцией.

Правовое регулирование акционерных обществ определено ГК РФ, а также ФЗ от 26.12.1995 № 208-ФЗ «Об акционерных обществах». Акционерные общества делятся на закрытые и открытые.

Производственный кооператив (артель) представляет собой добровольное объединение граждан на основе членства с целью совместной производственной или иной хозяй

136

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

. МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ственной деятельности, основанной на их личном трудовом или ином участии и объединении его членами имущественных паевых взносов. Хотя законодательство допускает в качестве членов и юридические лица. Минимальное количество членов кооператива должно быть не менее пяти человек. Высшим органом управления кооператива является общее собрание его членов.

Государственные и муниципальные унитарные предприятия выступают в виде специфических форм коммерческой деятельности. Создаются они и действуют на основе государственной или муниципальной собственности. Распоряжаться закрепленным имуществом предприятие может только с согласия собственника этого имущества.

Некоммерческие организации представлены в законодательстве в виде потребительских кооперативов, фондов, учреждений, общественных и религиозных организаций, объединений юридических лиц (ассоциаций и союзов). Как уже отмечалось выше, основной целью их деятельности не является извлечение прибыли и распределение ее между участниками. Предпринимательская деятельность некоммерческих организаций должна соответствовать поставленной цели организации, прежде всего, быть связанной с нею. Как правило, эти организации основаны на добровольном участии граждан, деятельность которых регламентирована Гражданским кодексом Российской Федерации, ст. 76 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и другими законами.

В ряде случаев юридические лица могут быть реорганизованы. Формами реорганизации являются: слияние, присоединение, разделение, выделение, преобразование в иную организационно-правовую форму. Проводится реорганизация по решению учредителей, органа юридического лица, наделенного для этого полномочиями, а также по решению уполномоченных государственных органов или суда.

В тех случаях, когда лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность, не способны удовлетворить требования кредиторов, суд может признать их банкротами.

ГЛАВА 16. Законодательные основы предпринимательской

деятельности в здравоохранении

I

137

Под ликвидацией юридического лица принято понимать прекращение его деятельности без перехода прав и обязанностей в порядке правопреемства к другим липам. Ликвидация может быть добровольной либо принудительной.

Государство обеспечивает защиту предпринимательства, гарантирует единство экономического пространства, свободное перемещение товаров, услуг и финансовых средств.

Целью данных мер со стороны государства является пресечение монополистической деятельности и стимуляция конкуренции. Основные положения свободы предпринимательства отражены не только в Конституции РФ и ГК Р.

1. Ответственность за незаконное предпринимательство

Предпринимательство в сфере здравоохранения основано на общих принципах предпринимательской деятельности, о которых уже упоминалось. Хотя нельзя не согласиться с тем фактом, что предпринимательство в медицине имеет ряд особенностей.

Исходя из общих положений, предпринимательство в медицине регламентировано не только Конституцией РФ, Гражданским кодексом РФ, но также и законодательными актами, принятыми в сфере здравоохранения. Одним из значимых документов, относящихся к данной сфере, является ФЗ «Об основах охраны здоровья грахщан в РФ». Помимо поиведенных. регулирование предпринимательской деятельности осуществляется Законами РФ «О лицензировании отдельных видов деятельности», «О защите прав потребителей», Налоговым кодексом РФ.

Таким образом, медицинские работники вправе заниматься предпринимательской деятельностью только после государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя. Для данной регистрации необходимо представить ряд документов (включая заявление, документ об уплате регистрационного сбора, диплом об окончании высшего или среднего медицинского учреж

138

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

‘ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

дения, сертификат специалиста, лицензию и др.) в орган государственной регистрации. Упомянутый орган после рассмотрения поданных заявителем документов выдает свидетельство о государственной регистрации либо сообщает об отказе. Отказ в регистрации должен быть обоснован. За гражданами сохраняется право обжалования отказа в суде. Помимо всего прочего, хтя предпринимателя необходима регистрация в налоговых органах.

Одной из систем здравоохранения является частная медицинская практика, которая есть разновидность индивидуальной предпринимательской деятельности без образования юридического лица. Лица, осуществляющие частную медицинскую деятельность, имеют право принимать на работу других врачей, провизоров, медсестер, санитаров посредством заключения с ними трудового договора, а также устанавливать формы, системы, размеры оплаты труда и иные виды доходов лиц, работающих по найму. У данных лиц существует право участвовать во внешнеэкономической деятельности, совершать любые сделки, не запрещенные законом, и многое другое.

Лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность с нарушением действующего законодательства, несут ответственность. В частности, ст. 171 и 235 Уголовного кодекса РФ предусматривают определенные санкции в отношении незаконной предпринимательской деятельности. Чаще всего антимонопольные органы привлекают к административной ответственности, хотя законодательством предусмотрены также гражданско-правовая (возмещение убытков) и уголовная ответственность (ст. 178 УК РФ).

Так, если предпринимательская деятельность осуществляется без регистрации или без лицензии в случаях, когда такая лицензия обязательна, если это деяние причинило крупный ущерб гражданам, организациям или государству, как и за лжепредпринимательство, когда учредители регистрируют организацию не для того, чтобы вести деятельность в соответствии с уставом, а чтобы получать льготы (например, налоговые), что предусмотрено ст. 173 УК РФ от 18.07.1995 № 108 «О рекламе».

ГЛАВА 16. Законодательные основы предпринимательской

деятельности в здравоохранении

J

139

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение предпринимательской деятельности.
2. Какие нормативные документы регулируют предпринимательскую деятельность?
3. Перечислите субъекты предпринимательской деятельности.
4. Какие основные организационно-правовые формы коммерческих организаций вам известны?
5. Что понимают под частной медицинской практикой?
6. Особенности и цель осуществления предпринимательской деятельности в здравоохранении.

ГЛАВА 17

ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ, ПРЕСТИЖ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

О РАСШИРЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ ФЕЛЬДШЕРА И АКУШЕРКИ

1. Права медицинских работников

В статье 72 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указано, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

1. создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
2. профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
3. профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
4. прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;

ГЛАВА 17. Права, обязанности, престиж и социальная защита I 141

медицинских работников |

1. стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
2. создание профессиональных некоммерческих организаций;
3. страхование риска своей профессиональной ответственности.

Порядок переподготовки и совершенствования профессиональных знаний определяется органом управления здравоохранением совместно с профессиональными медицинскими ассоциациями;

* переподготовка за счет средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;
* страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью граждан, не связанный с небрежным или халатным выполнением медработником профессиональных обязанностей. Это важное право медработника предусмотрено в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», но пока реально не вошло в практику.

В вышеуказанном законе выпало право медицинского работника на защиту своих чести и достоинства, которые были четко обозначены в ст. 63 «Основ законодательства РФ» 1993 г. А между тем эта норма именно сейчас в большей степени востребована, ибо журналисты, юристы, да и сами пациенты все больше, нередко необоснованно, посягают на честь и достоинство врача. Комментируя перечисленные права, нужно отметить, что они нередко остаются декларированы или предусмотрены наравне с правами других граждан и во много раз меньше, чем права пациентов.

142 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Статьи 69, 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» дают право медицинскому работнику, имеющему диплом о высшем или среднем образовании, пользоваться этими правами. Они включают оказание частных медицинских услуг вне учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет предприятий пли организаций, в том числе страховых, в соответствии с заключенными договорами. Разрешение на занятие частной практикой и контроль за работой производятся местной администрацией по согласованию с профессиональными ассоциациями и действуют на подведомственной территории. Права медицинского работника, его социальная и особенно правовая защита, актуальность которой повышается с каждым днем, недостаточно определены законодательством РФ.

1. Обязанности медицинских работников

Медицинские работники в соответствии со ст. 73 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны:

1. оказывать медицинскую помошь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
2. соблюдать врачебную тайну;
3. совершенствовать профессиональные знания и навыки;
4. назначать лекарственные препараты и выписывать их;
5. сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную

ч. 3 ст. 96 вышеуказанного Закона и ч. 3 ст. 64 ФЗ от 12.04.2010 № 61 «Об обращении лекарственных средств».

Фармацевтические работники несут обязанности, предусмотренные пунктами 2, 3 и 5.

Права, как и обязанности, медицинских работников более конкретно изложены в должностной инструкции, а также в положениях и нормативных документах, отражающих их при осуществлении профессиональных и должност

ГЛАВА 17. Права, обязанности, престиж и социальная защита

медицинских работников

I

143

ных функций. Так, Приказы Минздравсоцразвития РФ от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» и от 23.07.2010 jNq 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»» посвящены утверждению единых квалификационных требований должностей руководителей, специалистов и служащих в сфере охраны здоровья.

Эти требования для названных и других должностей специалистов высшего, среднего и младшего звена и для руководителей разработаны в Единых квалификационных характеристиках приведенных выше приказов. Характеристика содержит разделы: «Должностные обязанности», «Должен знать» и «Требования к квалификации» с перечнем функций с учетом профессионального образования и разделом для всех специалистов — «знание законодательных и нормативных правовых актов, положений, инструкций». В этих приказах выделен раздел «Среднее профессиональное образование. Акушерское дело. Сестринское дело», в котором перечисляются более 30 специальностей, среди которых: медицинская сестра палатная (постовая), медицинская сестра перевязочной, процедурной, операционной, стерилизационной, патронажная, по уходу за больными, приемного отделения; медсестра-анестезист, массажист, оптик, зубной техник, лаборант, младший фармацевт, дезинфектор, медицинский статистик и т. п.

В соответствии со ст. 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» лечащий врач обязан организовать своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставлять информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного (либо его законных представителей) приглашать консультантов (рекомендации которых реализуются только по согласованию с лечащим врачом), а также организовать консилиум. Лечащий врач может

144 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I \* МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

отказаться от наблюдения или лечения пациента, несмотря на желание последнего, в случае несоблюдения им его предписаний или нарушений установленного в медицинской организации порядка. Исключение составляют состояния, угрожающие жизни больного или окружающих. Лечащий врач имеет право выдавать листок нетрудоспособности. За недобросовестное выполнение своих обязанностей лечащий врач несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Следует отметить, что общие обязанности для многих должностей изложены в Трудовом кодексе РФ.

1. Социальная защита медицинских и фармацевтических работников

Выше приводились многочисленные законы и другие нормативные документы, которые законодательно защищают пациента. Что касается медицинского и фармацевтического работника, то правовой защиты в социальном плане ему явно недостаточно. Средний доход Российского врача с учетом совместительства составляет 40 000 р., а в самой низкооплачиваемой стране Европы — Польше — врач-терапевт получает 60 000 рублей (<http://rn.vedomosti.ru/opinion/> articles/2016/l 1 /23/666543-meditsina-revolyutsii).

Не лучше обстоит дело и с оплатой труда преподавателей высших и средних медицинских учебных заведений. Наконец, законодательно реализовано давно назревшее важное право на страхование профессиональной ошибки. Уже много лет на рассмотрении в Государственной Думе находится проект федерального закона о социально-правовой защите медицинских работников.

На душевное расположение и психологическое воздействие на пациента не всегда у медработника хватает сил и настроения. Некоторые «деловые» медики вообще считают это второстепенным и тем самым нарушают этические нормы взаимоотношений, теряют заинтересованного союзника в лечении, самого больного. Об этом давно применительно к медицинскому работнику писал академик 3. Янушкевичус:

ГЛАВА 17. Права, обязанности, престиж и социальная защита

медицинских работников

I

145

«В работе такого врача возникает опасность проявления холодного отношения к пациенту, когда врач руководствуется только профессиональными, '‘объективными” соображениями. Для него становятся неинтересными переживания больного и его психика, что называют “эмоциональным параличом”, или “отравлением людьми”».

На общероссийском Форуме медицинских сестер «Эффективность использования сестринских кадров» в октябре 2015 года в Москве отмечалось, что результаты проведенного мониторинга комиссией по защите прав и интересов медицинских сестер свидетельствуют об их большой физической и психологической нагрузке. Установлено, что нервно-эмоциональное напряжение выявлено у 48%. несоблюдение режима сна и отдыха — у 50%, нерегулярное и несбалансированное питание — у 34%, а 40-95% медицинских сестер страдают синдромом профессионального выгорания.

Синдромом усталости страдают в Великобритании 33% медиков, в Финляндии — 50%, в Германии — 40%. Есть данные о количестве страдающих этой патологией терапевтов и женшин-хирургов США, семейных врачей в Израиле; пишут о росте самоубийств среди врачей Дании. В нашей стране никто всерьез этой проблемой не занимается, во всяком случае, проблема неизвестна и не изучена. Между тем ВОЗ и европейский Форум медицинских ассоциаций выразили серьезную озабоченность этой ситуацией и призвали обратить на нее особое внимание.

Бюджетные средства и программа ОМС не только не способны обеспечить развитие медицины, но и недостаточны для обеспечения жизни медиков. В связи с этим появилась необходимость в защите медицинских работников профсоюзами, которые не выполняют этой функции. Это положение в целом пока безуспешно пытаются исправить возникающие общественные организации. Например, в Москве создана региональная «Организация общественной защиты интересов медицинских работников».

Профессия практикующего медицинского работника является трудной еще и потому, что, как отмечает статиста-

146 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ка, медицинские работники болеют чаще других представителей профессий. А в последние годы к этим трудностям присоединилась необходимость бдительности и осторожности в своих действиях и их документировании, а в случаях жалоб — переживания и затраты, связанные с возмещением нанесенного пациенту вреда здоровью или его компенсацией.

1. О возложении отдельных обязанностей лечащего врача на фельдшера и акушерку

В соответствии с Приказом МЗиСР РФ от 23.03.2012 № 252н в дополнение к ст. 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» утвержден порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные лекарственные препараты. Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться:

1. При организации оказания первичной медико-санитарной помощи:

* на фельдшера фельдшерского здравпункта, фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, акушерку фельдшерско-акушерского пункта, оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
* на фельдшера, акушерку медицинской организации — при неукомплектованности либо недостаточной укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками из числа врачей-тера- певтов, врачей терапевтов-участковых, врачей-педи- атров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), а также в случае их временного отсутствия.

ГЛАВА 17. Права, обязанности, престиж и социальная защита I 147

медицинских работников |

2. При организации оказания скорой медицинской помощи:

* на фельдшера фельдшерской бригады скорой медицинской помощи;
* на акушерку акушерской бригады скорой медицинской помощи.

Отдельные функции лечащего врача возлагаются на фельдшера, акушерку приказом руководителя медицинской организации.

Функции лечащего врача по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, осуществляются фельдшером, акушеркой. Руководитель медицинской организации осуществляет контроль за исполнением фельдшером, акушеркой отдельных функций лечащего врача.

1. Состояние здравоохранения и престиж медицинского работника в обществе

Рыночные отношения в медицине и развитие медицинского права в области охраны здоровья граждан привели к проблеме, которая стала актуальной в последние годы. Отчасти на состоянии здравоохранения мы останавливались в главе 14 о финансировании здравоохранения. Это характеризует и положение медицинского работника: врача, медицинской сестры, фельдшера и других специалистов в обществе. В наше время очевидны явления дегуманизации медицины, деперсонализации больных, снижение авторитета медицинского работника. Этому способствует отмечаемое многими ухудшение подготовки врача и медработников среднего звена и неадекватная значению деятельности врача низкая заработная плата медицинских работников, особенно врачей. Она на 22% ниже средней оплаты по РФ, в то время как в странах ЕС она значительно выше, чем средняя по стране. Не так давно по инициативе председателя комиссии по охране здоровья и экологии Общественной палаты

148

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

РФ проведено социологическое исследование по оценке здравоохранения и престижа профессии врача и проблем высшей школы. Оказалось, что при опросе граждан в разных городах России 53% оценивают состояние нашего здравоохранения как плохое, 40% — как удовлетворительное. 57% врачей и 42% преподавателей считают престиж врачебной профессии низким. 36% граждан утверждают, что медицинское образование находится в плохом состоянии, выпускники не могут выполнить элементарные практические процедуры.

Нужно отметить дороговизну лекарств и муссированную, нередко необоснованную атаку на медицинских работников, особенно на врачей, со стороны средств массовой информации, в которых нередко вопреки юридическому принципу господствует принцип профессиональной презумпции виновности медработника. Нередко пациенты обращаются за помощью и ждут ее от медицинских работников, не пытаясь помочь себе избавиться от неприятностей. Это касается многих людей, которые грешат перееданием, малоподвижным образом жизни, что способствует ожирению и отягчению состояния при многих болезнях. Более трети населения в нашей стране страдают избыточным весом, две трети избегают занятий физической культурой. А сколько вреда, особенно больному или еще не сформировавшемуся молодому человеку, приносят такие пагубные привычки, как курение, злоупотребление алкоголем и различными одурманивающими средствами!

По далеко не полным и не точным данным, в России на одного человека приходится 18 л алкоголя. Злоупотребляют алкоголем более 5 млн человек, из которых более 10% женщин. В стране 70 млн курильщиков, среди которых 50-65% мужчин и 15—25% женщин. На учете состоят более 600 тыс. человек, употребляющих наркотики, 32 тыс. признаны токсикоманами, причем большую часть из них составляю г подростки. Человек добровольно подтачивает свое здоровье, а при наличии заболевания прямо или косвенно мешает назначенному лечению, ослабляет силы организма, необходимые для борьбы с заболеванием.

ГЛАВА 17. Права, обязанности, престиж и социальная защита I 149

медицинских работников |

Согласно статистике медицинские работники чаще, чем другие специалисты, болеют и умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, среди больных туберкулезом, гепатитом С на первом месте — практикующие медицинские работники. У длительно работающих наблюдается состояние, которое в разных странах исследователи называют «синдромом усталости», или «перегорания». По словам академика Ю.М. Комарова (2004), так бывает с батарейкой, которая разряжается в процессе работы и требует перезарядки. К факторам, вызывающим такое состояние, относят: большую нагрузку; особенность работы; конфликты; трудность общения с отдельными больным!!, имеющими вредные привычки и не проявляющими желания участвовать в собственном лечении, не выполняющими назначения, режим и ограничения, предлагаемые врачом. Упомянутый выше синдром «эмоционального истощения», или «профессиональной деформации», признан и предусмотрен международной классификацией болезни МКБ-10 и входит в рубрику Z 73 «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Все эти специалисты сами нуждаются в получении психотерапевтического лечения.

Очевидно, нужна социдльно-правовая защита медицинского работника как специалиста. Низкий уровень заработной платы нарушает конституционное право врача на достойную жизнь. Некоторые медработники вынуждены совмещать работу за счет своего здоровья и благополучия семьи, рекламируют не нужные больному дорогостоящие лекарства, берут плату за свои «бесплатные» услуги и вовлекаются в противоправные деяния. Именно правовые знания применительно к оказанию медицинской помощи, в том числе и правила о сделках при оказании платных услуг, отдельных нормативных актов, а также некоторых разделов трудового права, являются защитой при несправедливых обвинениях. Даже в уголовном законодательстве есть ряд статей, которые при определенных обстоятельствах могут исключить вину медицинского работника, подозре-

150

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ваемого в профессиональном правонарушении. При необходимости ему могут прийти на помощь медицинская ассоциация, общественные организации по правовой защите медицинских работников. С другой стороны, профессионально-должностные интересы медицинского работника в процессе труда как наемного работника должны защищать соответствующие профсоюзы.

<£> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите нормативные документы, регламентирующие права и обязанности медицинских работников.
2. Перечислите права медицинского работника.
3. Перечислите обязанности медицинского работника.
4. Что означает право на страхование риска?
5. Как объяснить понятие «синдром перегорания», или «морального истощения», медработника? Каковы причины возникновения и его значение?
6. Как в последнее время оцениваются обществом уровень медицинской помощи и престиж медработника?

РАЗДЕЛ VI

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ О ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ  
ГРАЖДАН И ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

ГЛАВА 18

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНСТИТУЦИОННЫХ ГАРАНТИЙ ПРАВ ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

1. Виды правовых статусов граждан в сфере охраны здоровья

Эти права, закрепленные в Конституции РФ и основанные на ее общих положениях, изложены в Федеральных законах от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также в других нормативных документах.

Права граждан в сфере охраны здоровья предусмотрены международными и российскими нормативными правовыми документами, положениями, гарантирующими гражданам РФ охрану здоровья и оказание медицинской помощи. Эти права обеспечиваются охраной окружающей среды, созданием безопасных и благоприятных условий труда, быта, отдыха, обучения, производством и реализацией продуктов питания, качественных и безопасных лекарственных средств. Различают несколько видов правовых статусов гражданина в сфере охраны здоровья.

152 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Общий правовой статус в сфере медицинской деятельности — единый набор прав, обязанностей и ответственности всех граждан РФ в соответствии с Конституцией РФ и правовыми нормативными актами в сфере здравоохранения.
2. Специальный правовой статус гражданина в сфере охраны здоровья — это набор прав, обязанностей и ответственности в области медицины, в отношении отдельных категорий граждан, в соответствии с главой IV ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
3. Индивидуальный правовой статус гражданина в сфере медицинской деятельности — это набор прав, обязанностей и ответственности, присущий отдельному индивидууму, зависящий от конкретных показателей (возраста, пола, профессии, иногда положения и неблагополучных условий для здоровья человека).
4. Право на жизнь

Право на жизнь, определенное Конституцией и другими федеральными законами, — это совокупность прав на сохранение и поддержание жизни, неприкосновенность личной жизни, право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Право на жизнь рассматривается в рамках охраны здоровья человека и связывается с медицинской деятельностью, ибо проблемы сохранения жизни во многом связаны с медициной, зависят от ряда медицинских технологий, начиная от репродуктивных и заканчивая проблемами умирания и смерти. Это также означает гарантию социальных и экологических прав, юридических прав в сфере здравоохранения, медицинской помощи и иных факторов, способствующих охране и укреплению здоровья человека. Причем право на жизнь неотчуждаемо и принадлежит человеку от рождения (ст. 17 Конституции РФ).

Право на жизнь является основополагающим правом и реализуется через предоставление пациентам права на безопасное вынашивание беременности, естественное дето

ГЛАВА 18. Обеспечение конституционных гарантий

прав граждан на охрану здоровья

1

153

рождение, охрану здоровья, включая право на необходимую медицинскую и лекарственную помощь и лечебное питание. Никто не может быть подвергнут принудительной стерилизации без решения суда, за исключением случаев по жизненным показаниям. Ребенок имеет право на охрану здоровья с момента зачатия. История нашей страны связана с приоритетом государства и общества над личностью. Показательно, что в сфере медицины обычно основными показателями были понятия «общественное здоровье», «общая заболеваемость» и «смертность». Так было и в других нормативных актах. Например, Особенная часть Уголовного кодекса РФ предыдущих Уголовных кодексов, принятых в советский период, начиналась с перечисления преступлений против государства, общества и только потом личности. Концепция прав человека в демократической России поставила личность человека, и прежде всего его жизнь, на первое место.

1. Право граждан на медико-социальную помощь

К основным правам граждан РФ относится право на медицинскую помощь в гарантированном объеме без взимания платы, а также на получение платных медицинских услуг, в том числе в соответствии с договором ДМС. Кроме того, права отдельных групп граждан, медицинская помощь гражданам, находящимся в чрезвычайных ситуациях, особых производственных условиях, страдающих социально значимыми или редкими заболеваниями, также требуют отдельного рассмотрения. Права граждан распространяются и на отдельные виды медицинской помощи (трансплантация органов и тканей, донорство крови, искусственное прерывание беременности, гарантии при оказании психиатрической помощи, независимая экспертиза, паллиативная помощь и др.).

Медико-социальная помощь подразумевает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую, зубоврачебную помощь, а также обеспечение ухода за больными, нетрудоспособными,

154 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. Следует отметить, что это многоаспектная система экономических, правовых, организационных, психологических, а не только медико-социальных мер, направленных на реализацию конституционных прав человека в области социального обеспечения.

Граждане имеют право и на дополнительные медицинские услуги на основе программ добровольного медицинского страхования. Например, на льготное обеспечение протезами, средствами передвижения, лекарствами и т. п. Категории таких граждан и порядок помощи им определяются Правительством РФ. Дети, инвалиды, пенсионеры имеют право на бесплатный медицинский контроль. Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой, а при наличии несовершеннолетних детей пособие выдается одному из родителей или иному члену семьи. Функционируют центры социального обслуживания и социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, центры психолого-педагогической помощи детям, специальные дома для престарелых и многие другие. Законодательно предусмотрена охрана здоровья работников, занятых отдельными видами профессиональной деятельности на производствах, путем проведения обязательных медицинских осмотров, в учреждениях и на предприятиях, перечень которых утверждается Правительством РФ.

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусматривает:

* организацию и медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях (ст. 41);
* оказание медицинской помощи населению отдельных регионов и работникам отдельных организаций (ст. 42);
* гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (ст. 43);

ГЛАВА 18. Обеспечение конституционных гарантий

прав граждан на охрану здоровья

I

155

♦ и впервые — медицинскую помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) (10 случаев на 100 тыс. населения) заболеваниями.

Впервые в этом Законе предусмотрена организация медицинской помощи умирающим больным — паллиативная помощь (ст. 36).

В настоящее время в России выполнение функций защиты прав граждан на оказание качественной и безопасной медицинской помощи возлагается на органы государственного управления, профсоюзные организации, общественные организации, страховые медицинские организации, Госстандарт РФ, Государственный комитет по антимонопольной политике РФ.

1. Законодательство РФ как основа информационной политики в сфере охраны здоровья граждан

Право на информацию есть неотъемлемая часть прав человека и одно из условий демократии. Поэтому впервые в Конституции РФ появилась соответствующая статья, отражение которой имело место во многих нормативных документах. В советское время информация о вредных для здоровья факторах полностью отсутствовала, а разглашение подобной информации могло повлечь неблагоприятные последствия. Наиболее яркий тому пример — чернобыльская трагедия. Нарушение требований на информацию о факторах, влияющих на здоровье, — это нарушение гражданских прав человека, нередко приводящее к конфликтам. Современный взгляд на медицинскую информацию отражен в официальных декларациях Всемирной медицинской ассоциации. Европейской медицинской ассоциации, Ассоциации врачей России и других документах, принятых в 90-е годыХХ столетия. В статье 24 Конституции РФ отмечается, что сбор, хранение и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются. В соответствии с Приказом Федерального фонда ОМС от 25.03.1998 № 30 «О соблюдении конфиденциальности сведений,

156

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

составляющих врачебную тайну», сохранение врачебной тайны прямо касается работников страховых организаций.

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» выделяются статьи: 22-я «Информация о состоянии здоровья»; 23-я «Информация о факторах, влияющих на здоровье»: 91-я «Информационные системы в сфере здравоохранения»; 92-я и 93-я статьи, в которых предусматриваются введение персонифицированного учета лиц, участвующих в оказании медицинских услуг и которым они оказываются (ст. 94). Подробно на вопросе о сведениях, составляющих врачебную тайну, остановимся отдельно.

О вредных факторах, влияющих на здоровье, сообщается органами государственной власти или местного самоуправления через средства массовой информации. Это касается и санитарно-эпидемиологического благополучия районов проживания, и производственных условий, и сведений о продукции, работе, услугах, их соответствии санитарным нормам, и других факторов. Каждый гражданин в доступной для него форме имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, результатах обследования, наличии заболевания и его диагнозе, прогнозе, методах лечения и связанном с ним риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах лечения. Информировать обязаны лечащий врач, зав. отделением либо другие лица, непосредственно участвующие в обследовании и лечении. В случае недееспособности гражданина, а также в отношении лиц, не достигших 15 лет. информируются их законные представители. Граждане имеют право на информацию о состоянии окружающей среды и в соответствии со ст. 11 Закона РФ «Об охране окружающей среды». Информация о состоянии здоровья гражданина не может быть предоставлена против его воли, а в случае неблагоприятного исхода — лишь в деликатной форме, что показывает тесную связь правовых взаимоотношений с необходимостью соблюдения медицинской этики. Членам семьи информация предоставляется, если гражданин не возражает или не назначил конкретное лицо, которому доверяет эту информацию.

ГЛАВА 18. Обеспечение конституционных гарантий

прав граждан на охрану здоровья

157

J

Основные положения и информация в отношении лекарств и медицинских услуг изложены также в Федеральном законе от 12.04.2010 N° 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Неправомерный отказ должностного лица от предоставления информации, если это причинило вред законным интересам граждан, влечет уголовное наказание по ст. 140 УК РФ. Важна статья 237 УК РФ «Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность хтя жизни или здоровья людей». Статья 732 ГК РФ «Предоставление заказчику информации о прехгагаемой работе» также предусматривает юридическую ответственность за непредоставление заказчику информации о медицинской услуге, особенности и возможность риска которой отмечаются в договоре.

В наших лечебных учреждениях нередко ущемляется право больного на информацию. Формула «что полезно хзя больного, то всегда правда, даже если она ложь», при новых взаимоотношениях с пациентом действует до тех пор, пока он в соответствии с выраженным добровольным согласием не выразит желания знать всю правду о болезни и своей судьбе. Однако мастерство дозирования и выбора модели информации — важное звено формирования взаимопонимания и взаимоотношений медицинских работников с пациентом. С этой точки зрения первое, чего многим недостает и чем надо неплохо овладеть независимо от специальности, — это общая культура общения. В то же время есть такие больные и такие ситуации, когда врачу, чтобы не навредить больному, надо решать вопрос о необходимости дозирования его информирования.

ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите правовые статусы граждан в сфере охраны здоровья.
2. Приведите основные права граждан в сфере охраны здоровья, закрепленные в законодательстве Российской Федерации.
3. Охрана здоровья каких заболеваний выделена в статьях ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»?
4. Как в вышеуказанном Федеральном законе отражены права граждан на информацию о состоянии своего здоровья и факторах. влияющих на него?

ГЛАВА 19

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА (СОГЛАСИЕ И ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БЕЗ СОГЛАСИЯ,

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА)

Прежде всего, необходимо отметить, что в последние два десятилетия во всех странах правам пациентов придается большое значение и что национальные законы основаны на декларациях международных медицинских неправительственных организаций. Это Лиссабонская декларация ВМА «О правах пациентов» от 1995 г., Декларация о развитии прав пациентов в Европе от 1994 г., Этический кодекс российского врача. Этический кодекс медицинской сестры России. Принципиально новым в этих документах, связанных с правами человека, является автономия больного, его воли. Это этический принцип, содержащий требования прав человека руководствоваться независимым, самостоятельно сложившимся собственным мнением. При этом соблюдаются правила конфиденциальности, правдивости, добровольного информированного согласия.

Пациентом считается любой человек, обратившийся за медицинской помощью, независимо от состояния своего здоровья или наличия какого-либо заболевания, т. е. это более широкое понятие, чем больной.

1. Права пациента

Права пациента предусмотрены ст. 19 «Право на медицинскую помощь» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Между тем много лет назад был подготовлен проект закона «О правах и безопасности пациента», который рассматривался в Государственной Думе, но так и не был

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

1

159

принят, а ряд его положений вошли в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Отметим, что государство признает интересы пациента, однако и в этом Федеральном законе нет отдельной главы о правах пациента, хотя и отмечается приоритет интересов пациента при оказании ему медицинской помощи, что указано в ст. 6. Приведем права пациента:

1. соблюдение этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и обслуживающего персонала:
2. выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор медицинского учреждения, информацию о которых можно получить и в сети Интернет (порядок реализации этих прав подробно изложен в ст. 21 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»);
3. профилактика, диагностика, лечение, реабилитация в медицинских организациях с учетом использования рационального времени, соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям, и обеспечение ухода;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. проведение консультаций врачей-специалистов;
6. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
7. защита сведений, составляющих врачебную тайну;
8. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него (как и медицинское вмешательство без согласия больного, подробно излагается ниже);
9. получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
10. получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья (на особенностях реализации этого права остановимся отдельно);

160 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
2. создание условий для обеспечения возможности посещения пациента родственниками;
3. возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи;
4. допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
5. допуск к пациенту священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок учреждения.

Обращаем внимание, что, несмотря на п. 1 об уважительном отношении к пациенту, в большом по объему законе не встречается понятие «достоинство личности».

В 2013 году государство планировало ввести обязательное страхование пациентов от врачебных ошибок, по которому для получения компенсации нужно доказать только наличие вреда здоровью, причиненное в процессе оказания медицинской помощи. Предлагалось за смерть пациента выплачивать 2 млн руб., за инвалидность — от 500 тыс. до 2,5 млн руб. Однако этот закон пока не принят, законопроект размещен на официальном сайте Минздрава РФ и его продолжают обсуждать как врачи, так и пациенты.

1. Приоритет отношений медицинского работника и значение информированности пациента

Приоритет охраны здоровья детей обеспечивается ст. 7 ФЗ N° 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в которой сказано, что дети, независимо от их социального благополучия, подлежат особой охране, не только заботе об их здоровье, но и правовой защите в сфере охраны здоровья. Это должны признавать медицинские организации и общественные объединения. Органы государственной власти РФ и ее субъектов разрабатывают и реализуют специ-

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

1

161

альные программы, направленные на всестороннюю защиту здоровья детей, создают и развивают медицинские организации, в том числе для детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей. Некоторые из этих положений нашли развитие в других статьях ФЗ № 323 или в других законах, на которых следует остановиться. В случае нарушения прав пациента он или его законные представители могут обращаться с жалобой к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в котором ему оказывается медицинская помощь, в медицинские ассоциации либо в суд. Выше приводились правовые основы информации граждан в отношении состояния их здоровья, а также факты и обстоятельства, создающие угрозу жизни и здоровью. Однако есть этико-правовая особенность информации пациента при обращении его за медицинской помощью. Большое значение в этико-деонтологических отношениях врача и больного имеет информация, в принципы которой внесены изменения, связанные с признанием автономии пациента. Нарушение требований к информации приводит к конфликтам.

Возможности многих пациентов позволяют им участвовать в выборе (с учетом индивидуальных особенностей организма) более рациональной врачебной тактики или оптимального лекарственного средства. На практике же вместо того, чтобы склонить больного в союзники, врач своим поведением нередко отгораживается от него, превращая своего пациента в противника лечебного процесса. При информировании больного о степени риска для получения согласия на вмешательство хороший врач ставит его в известность не о 70% неблагоприятных исходов, а о 30% излеченных пациентов. Неинформированность больного часто препятствует мобилизации его сил. вредит ему, заставляет искать ответы на важные для него вопросы в специальной литературе или в частных консультациях, порождает недовольство и жалобы.

В зависимости от конкретной ситуации и особенностей больного с учетом его компетентности и характера, а также возможностей данного лечебного учреждения врач

162 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I . МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

выбирает наиболее приемлемую модель взаимоотношений и информации больного.

Юридические права пациента на информацию о состоянии своего здоровья, декларированные во многих документах, в основном изложены в ст. 22 «Информация о состоянии здоровья» ФЗ Л'о 323 «Об основах охраны здоровья граждан». В частности, каждый может быть ознакомлен с медицинской документацией и получить ее копию, а также ознакомиться с мнением консультанта о состоянии своего здоровья. Информация о болезни и ее возможном неблагоприятном прогнозе предоставляется в деликатной форме в соответствии с требованиями медицинской этики. Пациент может вообще отказаться от информации, что следует записать в медицинской карте. Результаты опроса медработников (Медицинское право. 2010. № 2) показали, что в 62,2% случаев они относятся к пациенту как к равному участнику лечебного процесса, в 29,7% случаев — сохраняют патерналистские отношения и в 8,1% случаев относятся к пациентам как к потребителям медицинских услуг.

1. Согласие на медицинскую помощь

Статья 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», продолжая тему о праве пациента на информацию, посвящена получению информированного добровольного согласия пациента как обязательного условия медицинского вмешательства. Ведь пациент — сознательно заинтересованный союзник врача в борьбе с болезнью и должен быть участником принятия решения. Медицинское вмешательство — это любое обследование или иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную направленность, выполняемую врачом или другим медицинским работником. Добровольное согласие означает факт отсутствия давления на больного в какой-либо форме, а также возможность отозвать свое согласие в любое время. Прежде чем получить согласие больного, врач должен проинформировать его о необходимости, методах, цели, степени риска

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

J

163

вмешательства, об ааьтернативных методах и возможностях их предоставления, о последствиях при отказе от операции. Причем сделать это надо в доступной для конкретного гражданина форме.

Итак, необходимым условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Некоторые медицинские организации разработан! и применяют текст весьма подробной расписки, в которой указаны диагноз, прогноз, варианты медицинского вмешательства, объем, риск и даже состав хирургической бригады. Важно учесть, что расписку нужно получить после адаптации больного к обстановке, снятия стрессовой ситуации и установления психологического контакта. Факт подписания больным заявления не должен быть формаль- ностыо. поскольку он несет не только юридическую, но и этическую нагрузку. Текст заявления некоторое время находится у больного для осмысления, консультаций, а после подписания вклеивается в историю болезни. Процесс подписания этого документа должен не отгораживать пациента от врача, а способствовать формированию взаимоотношений партнерства и взаимного доверия и ответственности. Исключение составляют случаи, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

1. Право пациента на отказ от медицинского вмешательства

Любому гражданину или его законному представителю предоставляется право отказаться от медицинского вмешательства или его прекратить. Исключение составляют случаи, перечисленные в п. 3 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». При отказе больного от медицинского вмешательства лечащий врач должен в доступной для него форме разъяснить все возможные последствия такого отказа, что подробно излагается в медицинской карте; кроме того, больной подписывает заявление установ

164

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ленного образца (ф. 3), которое обязательно подписывается им (или его законным представителем) и лечащим врачом либо другим (дежурный врач. зав. отделением). Это касается и законного представителя, в том числе родителей лица, не достигшего 15 лет, а также недееспособного гражданина. В этих случаях при наличии угрозы жизни без оказания медицинской помощи медицинская организация может обратиться в суд для защиты интересов таких пациентов. Поэтому рекомендуется, кроме записи в медицинской карте, получать заполненную расписку, в которой указывать, какое вмешательство показано, и после соответствующей информации перечень возможных неблагоприятных последствий и время, когда от него отказался больной или его законный представитель; подписывают больной (законный представитель) и лечащий врач.

Особенно остро вопрос об отказе от вмешательства как юридически, так и этически стоит при использовании интенсивной терапии и реанимации. Актуальность данного вопроса повышается с развитием этого раздела медицины, позволяя продлить процесс умирания, иногда нанося какой-то вред здоровью больного с целью положительно использовать это время. Следует отметить, что в безнадежном случае отказ от лечения не означает отказа от медицинской помощи умирающему, обеспечения ему достойного ухода.

Если такого больного приравнять к недееспособному, решение может принимать его близкий родственник или законный представитель в соответствии со ст. 36 «Паллиативная медицинская помощь». Врач должен принимать решение во благо пациента, даже подвергаясь риску навлечь на себя санкции с его стороны при неблагоприятном исходе. Он должен помнить, что главное — спасти жизнь, не опасаясь ответственности в случае неблагоприятного исхода, так как ст. 41 «Обоснованный риск» УК РФ ограждает его от уголовной ответственности.

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

1

165

1. Оказание медицинской помощи без согласия пациента

В соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» оказание медицинской помощи без согласия гражданина, одного из его родителей или законного представителя допускается:

1. если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям и если состояние пациента не позволяет выразить свою волю;
2. в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; страдающих тяжелыми психическими расстройствами; совершивших преступления;
3. при проведении судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы.

В ряде случаев решение принимает врач или консилиум (в отношении госпитализации) в соответствии с порядком освидетельствования и госпитализации, а в случаях тяжелых психических заболеваний — суд. Это указано в Законе РФ от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Иногда, как указано выше, экстренная медицинская помощь без согласия гражданина может быть оказана, если жизни пациента угрожает опасность. Это чаше всего касается хирургов, акушеров-гинекологов, реаниматоров, врачей скорой помощи. Как и в предыдущих случаях, следует сделать соответствующую запись в медицинской карте и заполнить специальную форму расписки, которую подписывают члены консилиума, а также лечащий или дежурный врач.

1. Право на соблюдение врачебной (медицинской) тайны

Под врачебной (медицинской) тайной следует понимать все сведения, полученные от больного или выявленные при медицинском обследовании либо лечении,

166 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

не подлежащие разглашению без согласия больного. Это сам факт обращения в медицинское учреждение, информация о функциональных и физических недостатках организма, наследственных болезнях, вредных привычках, диагнозе, осложнениях, прогнозе, семейной и интимной жизни, факте усыновления и удочерения, состоянии здоровья родственников. Сюда относятся также сведения и немедицинского характера, высказанные врачу или другому медработнику, юристу в присутствии врача, касающиеся его завещания, наличия коллекций или иных ценностей, увлечений, личных взаимоотношений с близкими родственниками и пр. Следует отметить, что врачебная тайна сохраняется и после смерти больного. Она может быть оглашена только при получении разрешения его законных представителей или близких родственников.

Субъектами этого правонарушения, с тех пор как медицина из индивидуальной стала коллективной, являются не только врачи разных специальностей, средний и младший медперсонал (медсестра, акушерка, регистратор, санитарка), но и работники, выполняющие в медучреждении и за его пределами профессиональные, служебные и должностные обязанности. Это фармацевтические и технические работники, инженеры, регистраторы, сотрудники органов дознания, следствия, суда, научные работники, преподаватели высших и средних медицинских учебных заведений. В соответствии со ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» все эти лица наряду с врачами также несут ответственность за разглашение врачебной тайны. Поэтому логичней это привычное и ясное медикам понятие назвать медицинской тайной.

Общая правовая регламентация конфиденциальности содержится в Конституции РФ и ряде других нормативных документов. В статье 24 Конституции РФ отмечается, что сбор, хранение и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются. В развитие этих статей Конституции был издан Указ Президента РФ от 06.03.1997 № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера».

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

I

167

В соответствии с Приказом Федерального фонда ОМС от 25.03.1998 № 30 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну» сохранение врачебной тайны прямо касается и работников страховых организаций.

В статье 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подробно рассматриваются вопросы, связанные с сохранением врачебной тайны, а также приводятся условия допустимости ее разглашения. Кроме того, в ст. 19 вышеуказанного закона среди различных прав пациента упоминается и право на сохранение в тайне факта обращения за медицинской помощью, состояния здоровья, диагноза и иных сведений.

Передача сведений, составляющих медицинскую тайну, допустима только при условии согласия больного либо его законного представителя (в возрасте до 15 лет — это родители, а при их отсутствии или недееспособности — опекуны). Если больной не назначил доверенного лица для передачи сведений, составляющих врачебную тайну, то следует узнать у него, кому из близких он разрешает ее передать. Это его право определено в ст. 13. Никакие высокие цели, например интересы науки во благо будущих поколений или передача сведений в интересах обследования и лечения пациента, в том числе близким родственникам и должностным лицам, не могут быть основанием разглашения тайны больного, если на то не было его согласия.

Передача сведений, составляющих врачебную тайну, допускается с письменного согласия больного для проведения научных исследований и публикаций, использования в учебном процессе. В статье 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечается, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия больного, допускается:

1. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

168

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
2. в целях информирования органов внутренних дел при подозрении, что вред здоровью пациента причинен при противоправных действиях;
3. в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, больному наркоманией, для информирования одного из его родителей или законного представителя;
4. в целях проведения военно-врачебной экспертизы для информирования военных комиссариатов и кадровых служб;
5. в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
6. при обмене медицинской информацией в медицинских организациях в целях оказания медицинской помощи;
7. в целях государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказываемых в сфере охраны здоровья граждан;
8. в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного медицинского страхования.

Следует заметить, что эти исключения не согласуются с Законом РФ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в РФ» и некоторыми другими нормативными актами.

В Этическом кодексе медицинской сестры России в соответствии с международными нормами особое внимание уделяется проблемам, связанным с сохранением медицинской тайны. Там сказано, что медицинская сестра обязана сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья, диагнозе, лечении, прогнозе заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после его смерти. Она вправе раскрыть конфиденциальную информацию третьей стороне только с согласия самого больного. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия больного лишь в случаях, предусмогренных законом. Она несет

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

I

169

личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны. Отсюда вытекает вывод об обязательном знании медицинской сестрой правовых основ обращения с медицинской информацией в области охраны здоровья граждан.

Требование хранить врачебную тайну записано и в ряде других законов, например, в Федеральных законах от 05.07.1996 № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности», от 03.12.2008 N° 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в РФ» и других. Этому посвящены и ведомственные документы: Приказ Фонда ОМС от 25.03.1998 N° 30 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну», Приказ М3 РФ от 26.03.1999 N° 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ» и другие. Важно, что согласно действующему закону лица, которым переданы сведения, составляющие врачебную тайну, в том числе и немедработники, наравне с медперсоналом несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность. Однако в самом деле бывают условия и ситуации, при которых сохранение тайны может принести огромный вред не только самому больному, но и большому кругу людей. Неудивительно, что закон это предусматривает. Например, чтобы предотвратить распространение инфекции или венерических заболеваний, избежать эпидемии, нужно знать об источнике инфекции. Такой больной должен быть изолирован и подвергнут квалифицированному лечению, а все с ним контактировавшие люди — карантину. Для того чтобы бороться с преступлениями, правоохранительным органам нужно получить сведения, которые подчас сообщают лишь врачу. Это касается данных об умышленных покушениях на жизнь человека, половых преступлениях, самоубийствах или нанесении телесных повреждений, случаев производственных травм и автомобильных происшествий.

Проблема врачебной тайны в последние годы вновь стала актуальной. С одной стороны, такая ситуация сложилась

170

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЁССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

в связи с широкой доступностью источников медицинской информации, с другой — она, как правило, выходит за рамки компетенции лечащего врача, потому что к лечению и к медицинским документам как к источникам медицинских сведений кроме врачей допущены другие медицинские и немедицинские работники (страховщики, медицинские сестры, регистраторы, инженеры, компьютерщики, студенты и др.). Кроме того, медицинской тайной обладают многочисленные целители без врачебного диплома.

В лечебных учреждениях встречаются случаи безответственного отношения к хранению историй болезни и других медицинских документов. Особое значение имеет электронная медицинская карта, которая сведет к минимуму возможность сохранения в тайне персональной информации в части анамнеза жизни и болезни пациента, облегчит поиск информации. Ее содержание еще труднее сохранить в тайне даже без участия хакеров, ибо есть возможность несанкционированного доступа, и поэтому необходимо определить круг лиц-пользователей и усилить юридическую ответственность за разглашение таким путем сведений, составляющих врачебную тайну.

Е.В. Приз пишет, что в Ростове-на-Дону 96,7% пациентов по разным причинам обращались к должностным лицам, сами сообщая сведения, составляющие врачебную тайну. Она приводит случай, связанный с учащимся, который представил медицинскую справку об освобождении от занятий по физкультуре. Так как справку в учебном заведении не учли, он обратился с жалобой в прокуратуру, которая запросила медицинские документы из медицинского учреждения. После чего из медицинской организации пришло сообщение, что их пациент уже освобожден от физкультуры в связи с психическим заболеванием. В последующем суд признал незаконными действия медицинской организации и прокуратуры, выдавших сведения, составляющие врачебную тайну.

Законодательством предусмотрена ответственность за неправомерное разглашение врачебной тайны. Следует обратить внимание, что сохранение врачебной тайны являет

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

J

171

ся моральной обязанностью врача. Ее незаконное разглашение — признак профессиональной непригодности или неопытности медицинского работника. Поэтому при отсутствии последствий, наносящих моральный или материальный вред больному, за такое нарушение предусмотрена дисциплинарная ответственность. Однако при возникновении последствий, связанных с причинением вреда здоровью или жизни больного, а также морального вреда, нанесение нравственных или физических страданий влечет за собой уголовную и гражданскую ответственность. Уголовный и Гражданский кодексы РФ не включают статьи, специально посвященные врачебной тайне, за исключением ст. 155 УК РФ «Разглашение тайны усыновления (удочерения)», субъектом преступления которой может быть и медицинский работник. Уголовная ответственность наступает, если умышленное или неосторожное причинение среднего или тяжкого вреда здоровью, наступление смерти пациента связаны с нарушением порядка предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, в результате чего причинен вред.

В настоящее время обеспечение прав пациента в отношении сохранения врачебной тайны, по мнению О.П. Мах- ника (2009), может состоять из следующих мер:

1. правового и административного характера;
2. формы деятельности образовательного и воспитательного характера;
3. организации материально-технического обеспечения отрасли.
4. Обязанности пациента при оказании ему медицинской помощи

Наравне с правами у пациента имеются и обязанности, которые впервые приведены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». В статье 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» написано:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

172 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, опасными для окружающих, обязаны проходить медицинское обследование и лечение.
2. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим и правила поведения в медицинском учреждении.

Документом, регламентирующим обязанности пациента при оказании ему медицинской помощи, являются Правила приема и выписки больных, утверждаемые главным врачом лечебно-профилактического учреждения. С этими правилами пациент должен ознакомиться при поступлении и поставить свою подпись в истории болезни после ознакомления с ними, что обычно не делается. (Кстати, в поликлинике пациента никто не знакомит с его обязанностями.)

Пациент обязан уважать права других больных, медицинского и обслуживающего персонала, соблюдать тишину, чистоту и порядок; соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, находиться во время врачебных обходов в палате, предоставлять лечащему врачу необходимую для медицинского вмешательства информацию о состоянии своего здоровья и иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг; приходить на прием к врачу и на процедуры в назначенное время, а в случае опоздания ставить в известность врача или средний медицинский персонал учреждения, предупреждать медицинскую сестру, если он покидает отделение; строго выполнять предписания врача, соблюдать предписания врача относительно приема лекарственных средств, соблюдать режим, диету, которые рекомендованы пациенту в связи с его заболеванием; являться на профилактические медицинские осмотры в сроки, указанные медицинским работником; своевременно сообщать врачу о прекращении назначенного лечения, об обращении к другим врачам по поводу возникших проблем; соблюдать предписания врача относительно приема лекарственных средств, а также при

ГЛАВА 19. Права и обязанности пациента

I

173

ема лекарственных препаратов по собственному усмотрению; соблюдать режим, диету, не употреблять спиртные напитки, которые не рекомендованы пациенту в связи с его заболеванием; являться на профилактические медицинские осмотры в сроки, указанные медицинским работником; не причинять имущественного вреда учреждению здравоохранения, а при причинении вреда возместить убытки в соответствии со статьями 1064, 1082 Гражданского кодекса РФ; в случае использования платных медицинских услуг оплатить их в установленном порядке.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей пациентом, нарушение лечебного режима, невыполнение назначений, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимают ответственность с лечащего врача за качество медицинской помощи и позволяют ему отказаться от лечения данного больного. Однако это можно сделать только при отсутствии угрозы для жизни этого больного и при согласовании с заведующим отделением.

Права и обязанности пациентов в отдельных направлениях медицинской деятельности и по отдельным вопросам устанавливаются Законами РФ: от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»; от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»; от 30.03.1995 Лг9 38-ФЗ «О предупреждении в Российской Федерации заболевания. вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

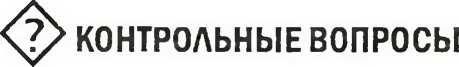
В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в которой ему оказывается медицинская помощь, в медицинские ассоциации либо в суд. Неправомерный отказ должностного лица от предоставления информации, если это причинило вред законным

174 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

интересам граждан, влечет уголовное наказание по ст. 140 УК РФ, а по ст. 732 ГК РФ предусматривает юридическую ответственность за недостоверную информацию.

1. В каких нормативных документах РФ приводятся права пациента на информацию о состоянии его здоровья и вопросах, связанных с его лечением?
2. В каких законах изложены порядок и условия предоставления информации больному?
3. Всегда ли медицинское вмешательство требует получения согласия больного?
4. Какие условия следует соблюдать при получении согласия на медицинское вмешательство?
5. Может ли больной отказаться от медицинского вмешательства и на каком этапе лечения?
6. В соответствии с каким законодательством медицинское вмешательство может быть проведено без согласия больного?
7. Как следует оформлять отказ от медицинского вмешательства, получение согласия на него или вмешательство без согласия?
8. Что следует понимать под медицинской (врачебной) тайной?
9. В каком нормативном документе содержится регламентация медицинской тайны?
10. Допускает ли законодательство разглашение медицинской тайны. в каких случаях и с какой целью?
11. Кому может быть предоставлена информация, связанная с медицинской тайной, и на каком основании?
12. Кто может быть субъектом разглашения медицинской тайны?
13. Назовите обязанности гражданина в сфере охраны здоровья. В каком документе они приведены?



ГЛАВА 20

ПРАВА ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ (ПРАВА СЕМЬИ, БЕРЕМЕННЫХ, МАТЕРЕЙ, НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПОЖИЛЫХ, ИНВАЛИДОВ, ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ЗАКЛЮЧЕННЫХ)

авеаянмтwaaii л«ц\*иг-гэт с дд

Права отдельных групп населения закон выделяет особо, проявляя заботу об охране их здоровья. Законодательство РФ о семье, материнстве и детстве основано на развитии статей 7, 38 и других Конституции РФ, а также Семейного кодекса РФ от 29.12.1995 Лг9 223-ФЗ, на ряде федеральных законов, в которых указано, что эти категории граждан и групп населения находятся под зашитой государства и имеют ряд льгот. Прежде всего, при наличии медицинских показаний и социально значимых заболеваний каждый гражданин имеет право на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации. В этой главе рассматриваются права отдельных групп населения.

1. Права семьи

Правам семьи в сфере охраны здоровья посвящена ст. 51 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатную консультацию специалистов по вопросам планирования семьи. Семья, по договоренности со всеми членами семьи, имеет право на выбор семейного врача для обслуживания по месту жительства, консультаций по вопросам медицинских, медико-психологических, генетических аспектов семейно-брачных отношений в государственных

176 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

и муниципальных медицинских учреждениях. Семья, имеющая детей (в первую очередь, инвалидов, находящихся на попечении родителей), имеет право на льготы. Одному из родителей либо одному из членов семьи предоставляется право находиться с ребенком независимо от возраста в лечебном учреждении в течение всего времени лечения, при этом выдается листок нетрудоспособности. Одному из членов семьи выдается пособие на весь период карантина по уходу за ребенком до 7 лет, а от 7 до 15 лет — не более 15 дней, если по медицинским показаниям не требуется большего срока.

Семья в РФ находится под защитой государства. В России действует государственная целевая программа «Планирование семьи». Отношения в семье, права и обязанности ее членов, воспитание детей, оставшихся без попечения родителей и другие вопросы изложены в Семейном кодексе РФ с учетом ряда федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Семейный кодекс РФ». Кроме того, семейное законодательство состоит из федеральных законов и законов субъектов Федерации, указов Президента РФ, нормативных правовых актов Правительства РФ. ведомственных нормативных документов.

1. Права беременных женщин и матерей

Права беременной женщины и матери в сфере охраны здоровья приведены в ст. 52 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ибо материнство в РФ охраняется и поощряется. Состояние здоровья женщины является важным показателем социально-экономического развития общества. С возрастом женщины число хронических заболеваний увеличивается, рост заболеваемости по обращаемости достигает максимальных цифр в возрасте старше 50 лет. Охрана здоровья женщин — залог сохранения и укрепления здоровья населения в целом. Особое внимание государство уделяет беременным женщинам. Примерно на 25% здоровье детей зависит от здоровья матери, особенно в период бе

ГЛАВА 20. Права отдельных групп населения

в области охраны здоровья

I

177

ременности. Трудовой кодекс РФ предусматривает отпускной период до родов 70 дней и такой же продолжительности послеродовой отпуск; при осложненных родах — 86 дней, а при рождении более одного ребенка - 110 дней. При необходимости беременная женщина обеспечивается правом на работу в условиях, отвечающих физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина до и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в государственных лечебно-профилактических или медицинских учреждениях муниципальной системы здравоохранения. Утверждена Правительством РФ и действует государственная целевая программа «Безопасное материнство».

Важным звеном в общей системе охраны материнства и детства является организация акушерско-гинекологической помощи, женской консультации в виде диспансеризации при родильных домах, поликлиниках, медико-санитарных частях, с помощью участковой службы. Такая помощь крайне необходима и детям до и после рождения, когда формируется здоровье ребенка, тем более что доля детей, рожденных больными и заболевающих в период новорожденности, составляет почти 40%. Беременным женщинам, кормящим матерям и детям до 3 лет гарантируется полноценное питание. В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечаются и другие гарантии и льготы, изложенные в приводимых ниже нормативных актах РФ и субъектах Федерации, а также в документах федерального значения. Здесь уместно упомянуть Указ Президента РФ от 04.03.1993 j\q 337 «О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин» (в ред. от 01.09.2000), Федеральный закон от

1. № 152-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»». Права беременных женщин и матерей, различные льготы предусмотрены и в других законодательствах федерального уровня: в Трудовом и Семейном кодексах РФ и Федеральной

178 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

целевой программе «Безопасное материнство», в Указе Президента РФ от 30.05.1994 N° 1110 «О размере компенсационных выплат отдельным категориям граждан».

Гарантиям прав беременных женщин посвящена ст. 52 ФЗ <06 основах охраны здоровья граждан в РФ». В ней отмечается, в частности, что беременные женщины имеют право на обеспечение специализированной медицинской помощью в государственных и муниципальных лечебных учреждениях за счет средств целевых фондов и других источников. Женщины имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет. 3 июля 2016 г. ГД приняла Федеральный закон N° 286 о внесении изменений в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» на случай временной нетрудоспособности в связи с материнством, где внесены ряд изменений в выплаты и повышена ответственность за достоверность сведений, необходимых хтя назначения выплаты пособий по временной нетрудоспособности по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком.

1. Права несовершеннолетних

Права несовершеннолетних регламентированы в ст. 54 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и включают:

1. Прохождение медицинских осмотров при поступлении в образовательные учреждения, спортивные секции, медицинскую помощь в период обучения, диспансерное наблюдение в установленном Минздравом России порядке.
2. Оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха.
3. Санитарно-гигиеническое просвещение, труд с учетом их физиологических особенностей и состояния здоровья.
4. Бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности.

ГЛАВА 20. Права отдельных групп населения

в области охраны здоровья

J

179

1. Получение необходимой доступной информации о состоянии здоровья.

В ст. 54 вышеуказанного закона приводятся также права несовершеннолетних, больных наркоманией, и права де- тей-спрот и оставшихся без родителей, детей до 14 лет, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Стратегия развития медицинской помощи беременным женщинам и детям основана на таких международных и российских нормативных документах, как Всеобщая декларация прав человека (1948) и Конвенция ООН о правах ребенка (1989), Конституция РФ, Семейный кодекс РФ от

1. N9 223-ФЗ. ФЗ от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ».

Разрабатываются такие целевые программы с учетом результатов проводимых научных исследований. Даже в сложном 1993 г. были приняты президентские программы: «Дети России», которая включила шесть проблемных подпрограмм; «Дети Чернобыля», «Дети Севера», «Планирование семьи», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты». Эти программы имели положительное влияние на судьбу несовершеннолетних.

Несовершеннолетние с недостатками физического и психического развития могут содержаться в учреждениях социальной защиты за счет средств бюджета всех уровней, различных фондов и средств родителей или опекунов. В других статьях ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечается, что несовершеннолетние старше 15 лет имеют право на добровольное и информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.

1. Права граждан пожилого возраста

Права пожилых людей регламентированы ФЗ от

1. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (с изм. от 28.08.2009 г.) (действующая редакция, 2016 г.). Они имеют право на медицинскую помощь на дому и в лечебно-профилактических

180 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

учреждениях; на лекарственное обеспечение, в том числе льготное, на основании медицинского заключения; на санаторно-курортное лечение и бесплатную или льготную реабилитацию; на медико-социальную помощь в соответствующих учреждениях. В настоящее время численность лиц пенсионного возраста составляет пятую часть населения России — 30 млн человек, причем более Ю^с из них старше 80 лет. Поэтому Приказом Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ» введены новые номенклатурные учреждения — гериатрический центр, гериатрическая больница и приняты меры к совершенствованию помощи этой категории граждан.

1. Права инвалидов

Инвалиды имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение протезами, лекарствами, средствами передвижения на льготных условиях, профессиональную подготовку и переподготовку. Обеспечение инвалидам равных возможностей с другими гражданами в реализации экономических и других прав и свобод предусматривается Конституцией России и нормами международного права.

Нетрудоспособные граждане имеют право на бесплатную медико-социальную помощь, на уход на дому, содержание в учреждениях социальной защиты населения. Порядок оказания помощи инвалидам определяется законодательством РФ и субъектов Федерации, в частности Федеральными законами от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и от 08.08.2001 № 123-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в статьи 15, 16 Федерального закона “О социальной защите инвалидов в РФ”». В этом законе предусмотрено право детей-ин- валидов. Во исполнение этого закона было принято постановление Правительства РФ, утвердившее порядок предоставления льгот. Приказ МЗиСР от 2.05.2006г №324 внес изменения, увеличив перечень лекарственных средств для инвалидов.

ГЛАВА 20. Права отдельных групп населения

в области охраны здоровья

181

I

Постановление Правительства РФ от 07.04.2007 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом», устанавливает порядок присвоения группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования. О постоянном внимании к инвалидам свидетельствует то, что 1 марта 2008 г. принят ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты в целях повышения размеров отдельных видов социальных выплат и стоимости социальных услуг», а 24 ноября 2010 г. Государственная Дума вновь приняла ФЗ о внесении изменений в ряд федеральных законов об инвалидах.

В ФЗ «О социальной защите инвалидов» отмечено обеспечение беспрепятственного доступа к информации; обеспечение жильем; обеспечение мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг; помощь в обучении детей и их занятости; установление квоты при приеме на работу, трудоустройства и приемлемых условий труда инвалидов, обеспечение беспрепятственного доступа к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры; обеспечение протезно-ортопедической помощи инвалидам. Учтены права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении жизнедеятельности, социально-бытового обслуживания, материального обеспечения, улучшения протезно-ортопедической помощи инвалидам, их санаторно-курортным лечением. Помощи инвалидам способствуют реализация Закона от 11.08.1995 № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» и деятельность общественных организаций.

1. Права военнослужащих и граждан,

подлежащих призыву на военную службу

В статье 25 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» приводятся права и льготы военнослужащих, лиц, подлежащих призыву, граждан, проходящих альтернативную службу, поступающих в военные учебные заведения. Они включают право на медицинское освидетельствование, на

182

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы, показаниях на отсрочку, освобождение от призыва или увольнение с военной службы. В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии граждане имеют право на производство независимой медицинской экспертизы и обжалование заключения в судебном порядке. Военнослужащие, граждане, подлежащие призыву и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на получение медицинской помощи в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим определяется законодательством РФ. нормативными актами Минобороны России и других ведомств.

Регламентация прав военнослужащих подробно изложена в Федеральном законе от 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», с момента принятия в него было внесено более 70 изменений и дополнений. Федеральными законами № 297 от 02.11.2013 и № 360 от 24.11.2004 в ФЗ «О статусе военнослужащих» были внесены изменения, касающиеся порядка обеспечения жилыми помещениями граждан, уволенных по достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями.

1. Права работников, занятых на отдельных видах работ

Этой группе населения посвящена ст. 24 ФЗ «Об основах охраны здоровья грахстан в РФ», в которой отмечается, что лица, работающие во вредных или опасных условиях труда, проходят обязательные медицинские осмотры. При выявлении патологии назначается экспертиза профессиональной пригодности работника, по результатам которой он может быть признан временно или постоянно непригодным к выполнению этих работ. Перечень этих предприятий, опасных и вредных условий утверждается уполномоченным

ГЛАВА 20. Права отдельных групп населения

в области охраны здороаья

I

183

федеральным органом исполнительной власти. Работодатели таких учреждений обязаны оказывать помощь в диспансеризации, осмотрах; они имеют право вводить в штат медработника или медицинское подразделение для оказания медицинской помощи работникам.

1. Права граждан при оказании им психиатрической помощи

Права таких граждан гарантируются Законом РФ от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», статьей 29 «Основания и порядок госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях» ФЗ от 31.05.2001 № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» и другими. В УК РФ этому посвящена глава 15 раздела VI «Принудительные меры медицинского характера», в частности ст. 101 «Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях». Надо помнить, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РФ. Это касается и оказания им психиатрической помощи, соблюдения врачебной тайны, согласия или отказа от медицинского вмешательства, информирования больного с учетом его психического состояния, о чем делается соответствующая запись в истории болезни. Ограничение прав и свобод только на основании установленного диагноза или факта нахождения больного в психиатрическом лечебном учреждении не допускается. Установление диагноза психического расстройства, принятие решения о психиатрической помощи в недобровольном порядке или выдача об этом заключения являются исключительным правом врача-психиатра, консилиума психиатров или психиатрической экспертизы. Подобные заключения врачей иных специальностей не являются основанием для ущемления законных интересов больного. Добровольное

184 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

лечение психических больных может осуществляться только при их письменном согласии или согласии их законных представителей.

Однако существуют условия, при которых оказание психиатрической помощи правомерно и без согласия больного может быть принудительным. Принудительные меры медицинского характера принимаются в отношении лиц, совершивших противоправные деяния и страдающих психическими расстройствами, если имеется решение суда. Они пользуются всеми правами пациентов психиатрических стационаров. Выписка их также производится по решению суда в зависимости от установления вменяемости, т. е. способности отвечать за свой поступок.

В ряде случаев психически больные при выполнении ими профессиональных обязанностей имеют ограничения. Это устанавливается в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 16.10.2000 № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Право устанавливать диагноз хронического профзаболевания имеют только специализированные психиатрические учреждения.

1. Права лиц, задержанных, заключенных,

отбывающих наказание в местах лишения свободы и под административным арестом

Права этих лиц регламентированы в ст. 26 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также в ФЗ от 15.06.1995 N° ЮЗ-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» содержатся статьи о правах подозреваемых, обвиняемых и их обеспечении, предотвращении правонарушений в местах лишения свободы. Кроме того, в Уголовно-исполнительном кодексе РФ от 08.01.1997 N° 1-ФЗ содержатся статьи, непосредственно посвященные этому вопросу. При оказании этим лицам медицинской помощи договор о ДМС растор

ГЛАВА 20. Права отдельных групп населения

в области охраны здоровья

I

185

гается. Статья 100 УИК РФ «Особенности материально-бытового обеспечения осужденных беременных женщин, осужденных кормящих матерей и осужденных женщин, имеющих детей» отмечает, что в исправительных учреждениях могут быть организованы Дома ребенка, в которых обеспечиваются условия, необходимые для проживания и развития детей. Осужденные женщины могут помещать в Дома ребенка исправительных учреждений своих детей в возрасте до трех лет, общаться с ними в свободное от работы время без ограничения. Им может быть разрешено совместное проживание с детьми. С согласия осужденных женщин их дети могут быть переданы родственникам или (по решению органов опеки и попечительства) иным людям либо по достижении детьми трехлетнего возраста направлены в соответствующие детские учреждения. Если ребенку, содержащемуся в Доме ребенка исправительного учреждения, исполнилось 3 года, а матери до окончания срока отбывания наказания осталось не более года, администрация исправительного учреждения может продлить время пребывания малыша в Доме ребенка до дня окончания срока отбывания наказания матерью. Осужденные беременные женщины и осужденные кормящие матери могут получать дополнительно продовольственные посылки и передачи в количестве и ассортименте, определяемом медицинским заключением. Осужденные беременные женщины, осужденные женщины во время родов и в послеродовой период имеют право на медицинскую помощь, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства. Не допускается испытание новых методов и лекарственных препаратов. При этом организуется охрана или круглосуточное наблюдение осужденных в целях безопасности медработников.

В статье 101 Уголовно-исполнительного кодекса РФ медико-санитарное обеспечение осужденных к лишению свободы предусматривает, что в уголовно-исполнительной системе для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения, а для содержания и амбулаторного лечения осужденных, боль

186

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией, ВИЧ-инфицированных — лечебно-исправительные учреждения. Администрация исправительных учреждений несет ответственность за выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, обеспечивающих охрану здоровья осужденных. Порядок оказания осужденным медицинской помощи устанавливается Федеральным законом от 21.07.1998 № 117-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации в связи с реформированием уголовно-исполнительной системы».

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем состоят права семьи и в каких нормативных актах они изложены?
2. Перечислите права беременных и матерей и нормативные документы, их излагающие.
3. Назовите права несовершеннолетних. Что они включают?

А. Какими правами в области охраны здоровья обладают пожилые люди?

1. Перечислите права инвалидов.
2. Какие законы федерального уровня направлены на защиту прав пожилых и инвалидов?
3. Назовите права военных и граждан, подлежащих призыву по контракту.
4. Назовите права работников, занятых на отдельных видах работ.
5. Назовите права задержанных и заключенных.
6. Какой закон гарантирует и приводит порядок оказания психиатрической помощи?

1 1. Какие преступления в отношении оказания психиатрической помощи гражданину предусматривает УК РФ?

1. Когда в отношении психических больных граждан может быть применено принудительное лечение? Кто принимает такое решение?
2. Назовите особенности оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации населению отдельных территорий и организаций: гражданам, страдающим социально значимыми и орфанными заболеваниями.

ГЛАВА21

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ

1. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях (ЧС)

Федеральным законом Хз 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разработан и предусмотрен (ст. 41) особый регламент действий медицинских работников в связи с участившимися в последние годы террористическими актами, технологическими и экологическими катастрофами. Такая медицинская помощь осуществляется Всероссийской службой медицины катастроф в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти. Ее основная задача — быстрое оказание медицинской помощи гражданам в зоне бедствия и ликвидация медико-санитарных последствий ЧС, а также решение других задач, поставленных руководителем этой службы. Граждане зоны бедствий получают бесплатную медицинскую помощь, санаторно-курортное и восстановительное лечение. Пострадавшие при чрезвычайных обстоятельствах имеют право на проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий по преодолению последствий чрезвычайной ситуации.

Гражданам, проживающим в экологически неблагоприятных районах, гарантируются бесплатные медико-генетические и другие консультации, обеспечение лекарствами и изделиями медицинского назначения на льготных условиях. Спасателям, направленным для работы и пострадавшим в условиях чрезвычайной ситуации, гарантируются бесплатное лечение, включая санаторно-курортное, и все виды реабилитации, а также материальная компенсация в порядке, установленном законодательством РФ.

188 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Особенности организации и оказания медицинской помощи населению отдельных территорий

и работникам отдельных организаций и территорий

Организация оказания медицинской помощи населению отдельных административно-территориальных образований, территорий, организаций с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами требует большего внимания и специального подхода. Особенности организации оказания медицинской помощи с целью оптимизации результатов в сложных условиях труда необходимы и работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда; особенности финансового обеспечения оказания им медицинской помощи устанавливаются Правительством РФ. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в специализированных медицинских учреждениях. При этом гарантируется квалифицированная бесплатная медицинская помощь.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим медико-социальными заболеваниями, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных законных источников. Перечень закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека факторами и организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда утверждается Правительством РФ.

1. Особенность оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, опасными для окружающих

Медицинская помощь гражданам, которые страдают социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность лля окружающих (ст. 43), вы

ГЛАВА 21. Организация медицинской помощи в особых условиях | 189

I

делена и охраняется государством в особом режиме. Работники, занятые отдельными видами профессиональной деятельности на производствах, в учреждениях и на предприятиях, перечень которых утверждается Правительством РФ, проходят обязательные периодические медицинские осмотры. Перечень медицинских противопоказаний для таких предприятий устанавливается М3 РФ и пересматривается не реже одного раза в пять лет. Гражданин может быть признан временно или постоянно непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, а также связанным с источником повышенной опасности. Подобные решения принимаются с помощью медико-санитарной экспертизы и могут быть обжалованы в суд. Работодатели несут ответственность за выделение средств и проведение обязательных периодических медицинских осмотров работников в соответствии с законодательством.

1. Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями

Особенности оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях могут устанавливаться отдельными федеральными законами.

Так, ст. 44 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» впервые выделила орфанные, т. е. редкие заболевания. Несмотря на то, что они затрагивают небольшую часть населения, они являются угрожающими жизни или вызывающими серьезные хронические болезни. Эти заболевания настолько редки, что для их изучения и борьбы с ними требуются специальные общие усилия. Им впервые уделено внимание в законодательном акте в целях обеспечения больных квалифицированной медицинской помощью, лекарственными препаратами и для создания льгот фармацевтическим компаниям. Многие редкие заболевания являются генетическими и, следовательно, сопровождают человека в течение всей жизни, даже если симптомы проявляются не сразу либо возникают в

190 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

детстве. Около 30% детей с редкими заболеваниями не доживают до пяти лет. Согласно перечню, утвержденному Правительством РФ. М3 РФ отнесло к ним лишь 86 заболеваний. В связи с этим большое внимание уделяется ор- фанным лекарственным средствам, которые выделяются по созданным персонифицированным спискам. В этот федеральный регистр вносятся страховой номер в системе ОМС, ФИО. пол, дата рождения, адрес места жительства, серия и номер паспорта, диагноз заболевания.

<ф> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Особенности оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации.
2. Особенности обеспечения медицинской помощью населения отдельных территорий, организаций и лиц. страдающих заболеваниями. опасными для окружающих.
3. Приведите характеристику орфанных заболеваний.
4. С какой целью Закон № 323 выделил орфанные заболевания? В чем особенность медицинской помощи таким больным?

РАЗДЕЛ V!J

ПРАВОВОЕ И ЭТИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ  
ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ГЛАВА 22

РЕГУЛИРОВАНИЕ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ (ИСКУССТВЕННОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ, ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КРИМИНАЛЬНЫЙ АБОРТ, КОНТРАЦЕПЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ)

1. Международные и российские аспекты

законодательства в области планирования семьи

Разные аспекты этой проблемы изложены как в международных документах, так и в российском законодательстве. Наряду с другими фундаментальными правами репродуктивное здоровье человека предусмотрено во Всеобщей декларации прав человека. Международная организация труда (МОТ) в Конвенции № 156 (1981 г.) предусматривает защиту семьи, недопустимость вынужденной стерилизации для сохранения или получения работы, что рассматривалось бы как грубое нарушение прав человека. В Уставе ВОЗ отмечается, что «репродуктивное здоровье есть состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни».

192 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

На основании международных законов о правах человека сформулированы юридические основы поддержки проблемы репродуктивного здоровья в современной России. В статье 38 Конституции РФ указано, что материнство и детство, семья находятся под зашитой государства.

Вопросы, связанные с планированием семьи и регулированием репродуктивной функции женщины, регламентируются в нашей стране правовыми документами различного уровня. Правовые основания прерывания беременности наряду с другими видами медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека изложены в ФЗ N° 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в главе 6 «Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья», а также в ФЗ от 24.08.1995 N9 152 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации»

Каждый гражданин при наличии медицинских показаний имеет право на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения. Отцу ребенка или иному члену семьи без взимания платы предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста — при наличии медицинских показаний, плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, не взимается.

ГЛАВА 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции

1

193

Государство гарантирует права беременных женщин. Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается бесплатной медицинской помощью в медицинских организациях. Беременные женщины, кормящие матери, а также дети в возрасте до трех лет обеспечиваются бесплатной медицинской помощью. Государство гарантирует права беременных женщин наряду с другими группами населения, о чем было сказано выше. Здесь уместно упомянуть Указ Президента РФ от 04.03.1993 j\b 337 «О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин».

Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) в своем заявлении о планировании семьи (1983) рекомендует национальным медицинским ассоциациям способствовать планированию семьи, целью которой является не навязывание ограничений, а улучшение и обогащение человеческой жизни. Родители должны обладать знаниями и владеть способами планирования семьи и самостоятельно принимать решение о количестве детей. Медицинское вмешательство с целью влияния на репродуктивную функцию человека в зависимости от цели делится на две группы: стимулирующие и ограничивающие репродуктивные процессы.

Кроме социальных мер защиты матери и ребенка, медицинских мер, обеспечивающих нормальные роды и уход за новорожденным, к мерам, стимулирующим репродуктивные процессы, относятся способы искусственного оплодотворения и трансплантации эмбриона, использование разных форм генной инженерии.

1. Искусственное оплодотворение

Около 15% семей в нашей стране страдают бесплодием и нуждаются в искусственном оплодотворении. Другая часть родителей отказывается от ребенка в связи с плохой наследственностью. Несмотря на то, что разработаны методы искусственного оплодотворения женщин, использу-

194 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ются достижения науки для гуманных целей — установления причин и истоков болезни с целью излечения, имеются законодательные пути решения этой проблемы, однако ряд этических и юридических вопросов остаются неясными или противоречивыми. Например, известны разные варианты искусственного зачатия, каждый из которых может оказаться спорным в нравственном и правовом отношении.

В статье 55 «Применение вспомогательных репродукционных технологий» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечено, что мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокая женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Такая операция осуществляется в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов. Быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от 18 до 35 лет, признанные физически и психически здоровыми. Все сведения относительно искусственного оплодотворения, имплантации эмбриона, личности донора составляют врачебную тайну. Граждане имеют право на информацию об особенностях процедуры, медицинских и правовых аспектах ее последствий, о результатах медико-генетического обследования донора, его национальности и внешних данных. Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность.

Есть несколько вариантов искусственного оплодотворения.

1. Женщина рожает ребенка в результате искусственного осеменения спермой своего мужа, страдающего импотенцией. В таком случае правовые проблемы не возникают.

ГЛАВА 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции

\

195

1. Женщина рожает ребенка в результате полового сношения с посторонним мужчиной по взаимной договоренности, нередко с согласия мужа. В этом случае необходимо учесть, что для признания мужа женщины отцом ребенка необходимо юридически оформить его согласие.
2. Женщина рожает ребенка в результате искусственного оплодотворения спермой постороннего мужчины. В этом случае, как и в предыдущем, необходимо юридически правильно оформленное согласие мужа женщины для признания его отцом ребенка.
3. Женщина рожает ребенка', но он зачат вне ее организма (яйцеклетка другой женщины оплодотворена спермой мужа или другого мужчины). В этом случае необходимо юридическое согласие обоих супругов. Следует учитывать, что матерью может называться женщина, из яйцеклетки которой зачат ребенок, а не та, в организме которой, как в инкубаторе, он выношен. В случае рождения ребенка вне организма женщины, когда ее яйцеклетка оплодотворена спермой мужа или донора, а эмбрион имплантирован другой женщине, которая рожает и должна считаться матерью юридически, необходимо оформить ее отказ от ребенка с целью его усыновления супругами.
4. Наконец, если искусственное оплодотворение производится в пробирке (фертилизация in vitro), встают новые этические, а иногда и юридические проблемы.

Противники искусственного оплодотворения считают, что вследствие этого будет увеличиваться число детей в неполных семьях, а это скажется на их воспитании, что обесценивает любовь и поддерживает гомосексуализм. Сторонники считают, что развитие искусственного оплодотворения дает людям радость, счастье материнства и отцовства, сохранение семьи.

Русская Православная церковь имеет свое мнение в отношении разных вопросов репродуктивной функции человека. Ее позиция отражена в заявлении комиссии по биомедицинской этике при Московской патриархии «О нравственных проблемах, связанных с развитием репродуктивных

196 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

технологий». В нем выражена озабоченность тенденциями, которые проявляются в новых технологиях вмешательства в процесс зарождения человеческой жизни. Все методы экстракорпорального оплодотворения, связанные с заготовкой и хранением эмбрионов, вынашиванием оплодотворенной яйцеклетки женщиной, возврашаюшей ребенка «заказчику», осуждаются и признаются недопустимыми. Вместе с тем не всегда позиция Русской Православной церкви является единодушной, как, например, в вопросе о статусе эмбриона. Некоторые Отцы Церкви считают, что одушевление зародыша происходит не сразу после зачатия, а спустя некоторое время после образования тела и способности его воспринимать от Бога душу. Поэтому позиция Православной церкви по отношению к некоторым разновидностям репродуктивных методов неоднозначна и либеральна: например, искусственная инсеминация спермой мужа в тех случаях, когда лечебные меры не помогают, признана допустимой.

1. Искусственное прерывание беременности

(ст. 56 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Наиболее остро в повседневной жизни стоит вопрос о праве на прерывание беременности, что нередко обусловливает назначение судебно-медицинской экспертизы, связанной с этой проблемой. По отношению к абортам Русская Православная церковь выражает с древних времен убеждение, что это тяжкий грех, ибо жизнь — дар Божий, и посягать на нее преступно и равносильно убийству. Причем, в отличие от Западной церкви, допускающей аборт до 40 дней, она не различает плод образовавшийся и еще не образованный.

Искусственное прерывание беременности разрешается при сроке до 12 недель беременности, по социальным показаниям — до 22 недель, а по медицинским показаниям, с учетом согласия женщины, — независимо от срока беременности.

ГЛАВА 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции

197

1

Эта операция проводится в медицинских учреждениях, имеющих лицензию, врачами, получившими специальную подготовку. Кстати, вышеуказанный Федеральный закон в статье 53 определил понятие «рождение ребенка». В ней отмечается, что моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов.

Отношение к аборту, в том числе законодательное, в нашей стране было различным. В 1920 г. совместным постановлением Наркомздрава и Наркомюста женщинам было разрешено бесплатно в больничных условиях делать аборт. Этим же постановлением была введена уголовная ответственность за производство криминального аборта. В 1936 г. с целью повышения рождаемости СНК СССР было принято постановление «О запрещении абортов». Прерывание беременности проводилось только по медицинским показаниям. решение о которых принималось в специальных комиссиях на основании разработанного положения. Это привело к росту криминальных абортов и, как следствие, росту смертности и вреда здоровью женщин. Учитывая это, в ноябре 1955 г. Президиум Верховного Совета СССР издал Указ «Об отмене запрещения абортов», по которому прерывание беременности разрешалось в срок до 12 недель, по социальным показаниям, заявленным самой женщиной, а также позже — по медицинским показаниям, когда беременность и роды представляют угрозу жизни женщины. На основании названного указа был издан Приказ Минздрава СССР от 29.11.1955 № 258, по которому была введена Инструкция о порядке проведения операции прерывания беременности.

Как указано выше, по закону аборт в нашей стране разрешен. однако в обществе имеются разные мнения по этому поводу. В 1998 г. в Государственной Думе обсуждался проект закона «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения», по которому, в частности, предлагалось запретить аборты по социальным показаниям. Закон не был принят — по-видимому, большая часть депутатов учла прошлый печальный опыт нашей страны, когда запрет на искусственное прерывание беременности привел к росту криминальных абортов и женской смертности.

198

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

При рассмотрении вопроса о социальных показаниях руководствуются Постановлением Правительства РФ от 06.02.2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности». По этому Постановлению социальным показаниям для искусственного прерывания беременности является беременность в результате преступления, предусмотренного статьей 131 «Изнасилование» УК РФ.

В соответствии с Приказом МЗиСР России от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» и с Инструкцией о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям (приложение к этому приказу) к медицинским показаниям к искусственному прерыванию беременности отнесены некоторые инфекционные и паразитарные болезни (активные формы туберкулеза и краснуха); злокачественные новообразования, требующие проведения химиотерапии или лучевой терапии на область малого таза; некоторые болезни эндокринной системы; болезни крови и кроветворных органов; психические расстройства; болезни нервной системы' болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочеполовой системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни глаза и его придаточного аппарата; врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; состояние физиологической незрелости беременной женщины до достижения возраста 15 лет. В этих случаях искусственное прерывание беременности осуществляется в рамках обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на этот вид деятельности.

При отсутствии в Перечне заболевания, которым страдает женщина, и подозрении, что жизнь ее или плода подвергается опасности, вопрос может решаться индивидуально комиссией в медицинском учреждении, имеющем лицензию. В состав комиссии входят акушер-гинеколог, врач той специальности, к области которой относится болезнь женщины, руководитель учреждения или зав. отделением.

ГЛАВА 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции

J

199

В настоящее время примерно 40% женщин производят аборт просто по желанию, 25% по медицинским показаниям. а еще 12% в связи с прогнозированием аномалий развития плода и 23% по социальным показаниям. По заниженным данным, в России в настоящее время производится более 2 млн абортов. При этом тяжелые осложнения от поздних абортов превышают 10-35%. 16—52% женщин погибает от осложнений вследствие поздних абортов. Экономические потери, связанные с абортами и их осложнениями, составляют более 2 млрд рублей в год (Общество и здоровье, 2005, № 4).

Несмотря на то, что женщины в настоящее время имеют право на прерывание беременности, они нередко прибегают к нелегальному аборту, причем иногда обращаются клипам, не имеющим медицинского образования, знаний и условий для производства такой операции.

Русская Православная церковь и общественность в 2015 г. вновь подняли вопрос о запрете абортов, несмотря на то, что только 18% россиян, по данным ВЦИОМ, считают, что аборты следует запретить. В конце 2016 г. в ГД РФ внесен законопроект об исключении искусственного прерывания беременности при отсутствии медицинских показаний из системы ОМС. Иначе говоря, если законопроект будет принят, операция аборта станет платной. Против этого предложения выступает 70% опрошенных граждан.

1. Незаконное производство аборта (криминальный аборт)

Незаконное производство аборта — преступление, совершаемое с прямым умыслом, предусмотренное ст. 123 УК РФ. Прерывание беременности признается незаконным, если оно производится с нарушением установленных правил, инструкций, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, и поэтому создает угрозу жизни и здоровью женщины. При этом обязательным условием такого престу

200 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| 1 МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

пления является добровольное согласие на аборт. При неблагоприятном исходе аборта, произведенного в рамках закона, вред здоровью признается причиненным по неосторожности, когда врач может быть привлечен к уголовной ответственности за неосторожное причинение смерти или нанесение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью потерпевшей.

Незаконным признается такой аборт, который производится во внебольничных условиях, причем не имеет значения — бескорыстно или за вознаграждение, в санитарных или антисанитарных условиях. Под антисанитарным понимается не только состояние помещения, но и недолжная обработка инструментов, используемых при этом вмешательстве, а также ненадлежащие лечение и уход после совершения аборта.

Криминальным может быть признан аборт, который производится в лечебном учреждении, но подпольно, в нерабочее время, без соответствующей документации, а также прерывание беременности при наличии противопоказаний.

Таким образом, не только аборт на дому, в служебном помещении, но и в медицинском учреждении, в том числе стационаре. не предусмотренном для производства операций искусственного прерывания беременности, является нарушением установленных правил. Такая строгость обусловлена тем, что только надлежащие стационарные условия уменьшают риск осложнений, а при их наступлении (что может иметь место и в условиях операционной) может быть произведено оказание неотложной помощи: остановка кровотечения, переливание крови, ушивание перфорированной рыхлой ткани матки и пр.

Другим условием, делающим аборт незаконным, является соблюдение сроков беременности. Каждая женщина по нашему законодательству имеет право на искусственное прерывание беременности только в определенный срок — не более 12 недель. Правда, по определенным показаниям (перечень которых утверждает Правительство РФ специ

ГЛАВА 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции

J

201

альны.м постановлением) этот срок может быть продлен до 22 недель, а по медицинским показаниям, когда аборт может причинить вред здоровью матери (перечень которых утверждается приказом Минздрава России), — бессрочно. Поэтому в редких случаях, когда прерывание беременности необходимо для спасения женщины, а перевести ее в больницу невозможно, т. е. при крайней необходимости, — такой аборт не может быть признан незаконным.

Для признания прерывания беременности незаконным не имеет значения использованный способ аборта. Их множество — механические, химические, термические, комбинированные. Способ может лишь косвенно показывать степень опасности, которой подвергалась женщина.

Для установления аборта, его способа, осложнений, решения других вопросов назначается судебно-медицинская экспертиза, которая проводится комиссионно, с участием врача акушера-гинеколога на основании ныне действующих Правил судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы (утв. Минздравом СССР 07.01.1966), в которых имеется раздел «Установление искусственного прерывания беременности (экспертиза незаконного аборта)». При решении вопроса о причинах аборта учитываются заболевания, перенесенные освидетельствуемой в прошлом; количество беременностей, их течение и исход; обстоятельства наступления аборта.

Субъектом данного преступления могут быть не только врачи акушеры-гинекологи, но и врачи других специальностей (окулист, отоларинголог, стоматолог и др.). не имеющие сертификата и лицензии на этот вид деятельности. А также лица со средним медицинским образованием (акушерка, медсестра, фельдшер) или вовсе не имеющие медицинской подготовки, что является отягчающим квалифицирующим обстоятельством, как и рецидив.

202 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Об отношении к контрацепции и стерилизации

Нежелательная беременность может оказать влияние на здоровье женщины и детей. Поэтому регуляция и контроль фертильности должны рассматриваться как важный компонент проблемы сохранения здоровья и социального благополучия женщины. Всем женщинам должно быть дано право путем сознательного решения индивидуально выбрать способ контрацепции и доступ ко всем медицинским и социальным консультациям, необходимым для планирования семьи.

Способы противозачаточных средств различны и должны разъясняться врачами, которые чаше рекомендуют механические, в том числе внутриматочные, средства. Тем не менее миллионы женщин предпочитают гормональные препараты.

Наиболее радикальный способ медицинского вмешательства с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства заключается в медицинской стерилизации. Такое медицинское вмешательство предусмотрено юридически, и ему посвящена ст. 57 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Стерилизация может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний, перечень которых в отношении женщины включает 55 заболеваний и определяется Минздравом России, также с согласия гражданина, — независимо от возраста и наличия детей. Операция медицинской стерилизации проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения. Решение о производстве стерилизации при наличии письменного согласия решается комиссией, которая включает лечащего врача, и под председательством главного врача. Проводится она в гинекологическом отделении для женщины и в урологическом — обычно по месту лечения мужчины. Самый распространенный способ стери-

ГЛАВА 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции

J

203

лизации — перевязка и частичное иссечение семенных протоков, что требует несложного хирургического вмешательства, проводимого иногда в амбулаторных условиях.

Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность. Тем более принудительной стерилизации, которая использовалась в фашистской Германии, где по решению суда выносились судебные приговоры, разрешающие стерилизацию в отношении умственно неполноценных и душевнобольных, страдающих наследственными болезнями и физическими недостатками. Нюрнбергский процесс причислил эту проводимую государством стерилизацию к преступлениям против человечества.

В Китае в связи с критическим ростом населения существует государственная программа по ограничению рождаемости, поэтому этот способ контрацепции поощряется так же, как и другие. Добровольной стерилизацией пользуются 5% женщин и мужчин.

Умышленное нанесение повреждений гражданину (гражданке), приводящих к потере производительной способности, заключающейся в потере способности к совокуплению либо к потере способности к оплодотворению, зачатию. вынашиванию и деторождению, как утрате органом его функции, по ст. Ill УК РФ относится к тяжкому вреду здоровью.

Дефекты медицинской помощи, связанные с репродуктивной функцией человека, также могут приводить и к нарушению гражданских прав, что даже при отсутствии признаков преступления позволяет предъявить иск врачу или медицинскому учреждению. Так, если неправильно определен срок беременности, то роды наступают раньше определенного врачом дня. Это сокращает время дородового оплачиваемого отпуска, что является причиной предъявления

иска.

204

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы права женщины на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона?
2. Какие условия должны соблюдаться при искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона?
3. Имеет ли женщина право на искусственное прерывание беременности?
4. Какой срок и другие условия следует соблюдать при искусственном прерывании беременности?
5. Назовите социальное показание искусственного прерывания беременности. Каким органом управления он утверждается?
6. Раскройте понятия социальных и медицинских показаний искусственного прерывания беременности и сроки.
7. Какой аборт называется незаконным (криминальным)?
8. Какую ответственность несут лица за незаконное производство аборта?
9. Каков правовой статус учреждений и лиц. обладающих правом производства операции искусственного прерывания беременности и репродуктивных операций?

1 0, Разрешена ли в России законом медицинская стерилизация?

1 1. Какова ответственность за незаконную стерилизацию?

ГЛАВА 23

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

23.1. Порядок пересадки органов и тканей от живого донора

Пересадка различных тканей и органов от трупов или живых доноров в медицинских целях приобретает все более широкие возможности и вместе с тем приводит к новым правовым и этическим проблемам. В Российской Федерации изъятие человеческих органов и тканей в целях трансплантации регламентируется ст. 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)» и ст. 68 «Использование тела, органов и тканей умершего человека» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Этот актуальный вопрос освещается и в специально принятом Законе РФ от 22.12.1992 № 4189 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», а также в ряде ведомственных документов Минздрава России.

Трансплантация органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья. Изъятие органов и тканей для трансплантации у живого донора допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специапистов. оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред.

Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным, а также при отсутствии инфор

206 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

мированного добровольного согласия. Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации. В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии — один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка. бабушка).

Поданным ВОЗ, трансплантация органов и тканей у нас делается в 10 раз меньше, чем требуется больным по медицинским показаниям. В России функционирует менее 10 центров пересадки органов, а в США — 200.

23.2. Возможность пересадки трупных органов и тканей человека

В соответствии с ч. 2 ст. 68 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» Правительство РФ приняло Постановление от 21.07.2012 № 750 «Об утверждении правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использование невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях». Передача невостребованного тела умершего человека, личность которого не установлена органами внутренних дел, не допускается. Невостребованное тело, органы и ткани умершего человека при наступлении обстоятельств, предусмотренных пунктом 1 статьи 12 Федерального закона «О погребении и похоронном деле», могут быть переданы для использования в медицинских, научных и учебных целях образовательным организациям, реализующим основные образовательные программы среднего, высшего и послевузовского медицинского образования.

ГЛАВА 23. Этические и правовые основы трансплантации

**органов и тканей челонека**

J

207

Изъятие органов и тканей для трансплантации у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни выразило свое несогласие на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации. Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях в следующих случаях: при наличии письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования, а также если тело не востребовано после смерти человека по причине отсутствия близких родственников и законных представителей или лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение в соответствии с Законом «О погребении и похоронном деле». Порядок и условия передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, в том числе максимальный срок их использования, устанавливаются Правительством РФ. После истечения максимального срока невостребованное тело, органы и ткани умершего человека подлежат погребению.

Посмертное донорство одобрено Русской Православной церковью, а на дверях одной из них записано: «Не берите свои органы на небо, там они не пригодятся».

Условиями передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека является разрешение, оформленное в письменном виде, на передачу невостребованного тела, органов и тканей умершего человека, выданное лицом или органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу (исследование) невостребованного тела.

Принимающая организация использует невостребованное тело, органы и ткани умершего человека с соблюдением медицинской этики, достойного отношения к телу человека после смерти. Максимальный срок использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека не может превышать 10 лет, по окончании срока осуществляется погребение невостребованного тела умершего человека.

208 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| . МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Констатация наступления смерти в целях пересадки органов проводится на основании Правил и критериев определения момента смерти, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950, консилиумом врачей с участием судебно-медицинского эксперта. Бригаде, обеспечивающей донорскую работу, и трансплантологам участвовать в определении смерти запрещено во избежание возможных злоупотреблений. Для изъятия органов и тканей из трупа необходимо разрешение близких родственников, если нет завещания на этот счет умершего. Действующий закон исходит из презумпции согласия человека на изъятие органов и тканей после смерти. В соответствии со ст. 68 «Использование тела, органов и тканей умершего человека» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» впервые в России принято Постановление Правительства от 21.07.2012 № 750 «Об утверждении Правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях». Это упорядочит изъятие органов и тканей из трупа человека в названных целях.

В статье 10 Закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека» указано, что извлечение из трупа человека, умершего в лечебном учреждении, органов и тканей производится при отсутствии запрета родственников умершего или самого умершего перед смертью, с разрешения главного врача учреждения здравоохранения. Следует помнить, что констатация смерти перед трансплантацией органа должна быть определена строго в соответствии со ст. 66 ФЗ РФ N«323 «Об основах охран здоровья граждан в РФ» и Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012г №950 «Об утв. Правил определения смерти, в том числе критериев и процедур установления смерти человека».

Пересадка трупных органов и тканей также имеет этико-правовые проблемы. Отчасти поэтому наша страна отстает в пересадке органов. В настоящее время функцио-

ГЛАВА 23. Этические и правовые основы трансплантации

**органов и тканей человека**

209

J

нируют 68 Центров трансплантации органов и тканей в 22 регионах России. Причем, кроме этих учреждений, другие медицинские организации не имеют права осуществлять пересадки от живых доноров. Поэтому тем более трупный материал все больше интересует врачей. В России за год производится всего 4-5 операций по трансплантации сердца. 5-10 печени, 500-800 почек, что в сотни раз ниже потребностей.

Только в Москве, по некоторым данным, стоимость пересадки почки больше 10 тыс. долларов, печени — 60 тыс. долларов, поджелудочной железы — 45. Операция по пересадке печени в среднем в России стоит 800-900 тыс рублей, а. например, в Израиле — 160-200 тысяч евро. При болезнях или ранениях можно использовать кожу и кости, роговицу, твердую мозговую оболочку трупа для их пересадки.

При отсутствии прижизненного желания разрешение об изъятии органов должно быть получено от родственников умершего. Однако юридическое оформление пересадки приводит к новым организационным и этико-деонтологи- ческим препятствиям. Дело в том, что время пересаживания органов ограничено: 15—20 мин — сердце, почки, печень, поджелудочная железа, 6—8 часов — кровь, плазма. После этого срока органы непригодны для трансплантации. Это значит, что сразу после смерти необходимо получить согласие, оформление документов, чтобы начать консервацию и другие манипуляции с органом, а после этого возможна его перевозка. Все это не всегда возможно, особенно в случаях неожиданной смерти.

Трансплантации органов и (или) тканей живого человека может быть применена, если другие медицинские средства не гарантируют сохранение жизни и здоровья пациента, о чем удостоверяет консилиум врачей. При этом предусматривается, что у живого донора может быть изъят только парный орган или часть органа (ткани), если это не влечет за собой необратимое расстройство здоровья. Согласие донора и реципиента должно быть добровольным и сознательным, после предварительной полной информации, оно

210 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I **МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

должно быть выражено письменно (ч. 4 ст. 47 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранение жизни больного, и допустима только при условии, что здоровью донора по заключению консилиума врачей не будет причинен значительный вред. На случай принуждения к изъятию органа предусмотрена ст. 120 УК РФ, в которой эти действия расцениваются как преступление. Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Как и принуждение к донорству, купля-продажа органов и (или) тканей человека, в том числе с использованием служебного положения, не допускаются и влекут уголовную ответственность.

Проблемы трансплантации и донорства органов может решить внесенный в конце 2015 г. в Правительство законопроект «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации». В нем получили правовое и этическое разъяснение ряд спорных вопросов, сдерживающих изъятие органов и тканей; их распределение путем создания регистра доноров, реципиентов и донорских органов; выделено донорство несовершеннолетних.

<ф> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какими нормативными документами регламентируется трансплантация органов и тканей человека?
2. Кто определяет перечень медицинских учреждений, обладающих правом изъятия у живыхлюдей органов и тканей, подлежащих трансплантации?
3. Каковы законодательные основы изъятия органов или тканей из трупа человека?
4. Каковы порядок и условия изъятия органов и тканей у умершего человека?
5. За что и по какому законодательству несут ответственность лица, нарушившие существующий закон о трансплантации органов и тканей в РФ?

ГЛАВА 24

СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДОНОРСТВА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

1. Основные понятия

Донор — человек (труп человека), животное, органы и ткани которых, а также кровь и ее компоненты используются для трансплантации или гемотрансфузии либо в научных целях.

Компонент крови — используемые для лечебных целей составляющие крови (эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, плазма, составляющие плазмы), которые могут быть приготовлены из цельной крови различными методами.

Кровь — цельная кровь, заготовленная от донора и обработанная либо для переливания, либо для дальнейшего производства.

Препарат крови — лекарственное средство, полученное из крови или плазмы человека с применением химических технологий.

Реципиент — человек или животное, которому производится переливание донорской крови или ее препаратов либо трансплантация органа или ткани от донора.

Служба крови — отрасль здравоохранения, целью которой является обеспечение качества трансфузионной терапии.

Трансфузиология — медицинская специальность и научная дисциплина, предметом которой является лечебное воздействие на объем, состав, свойства крови, деятельность системы крови введением компонентов, препаратов крови, кровезаменителей или селективного изъятия из циркулирующей крови ее составных частей (плазмы, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, стволовых клеток, других клеточных элементов и веществ).

212

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Законодательное регулирование донорства крови в РФ

Трансплантация и донорство крови, как и ее компонентов, важный раздел оказания медицинской помощи. Донорство крови обеспечивается Федеральным законом РФ от 20.07.2012 № 125 «О донорстве крови и ее компонентов» (с изменениями на 23 мая 2016). а также ст. 47 Донорство органов и тканей человека и их трансплантация» ФЗ .N'9 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Кровь и ее компоненты в лечебных целях могут быть получены только добровольно платно или безвозмездно. Донором вправе быть дееспособное лицо, являющееся гражданином Российской Федерации (либо проживающим на территории Российской Федерации на законных основаниях не менее одного года иностранным гражданином или лицом без гражданства), достигшее возраста 18 лет или приобретшее полную дееспособность до достижения им возраста 18 лет в соответствии с законодательством Российской Федерации, изъявившее добровольное желание сдать кровь и (или) ее компоненты, прошедшее добровольно медицинское обследование и не имеющее медицинских противопоказаний для сдачи крови и (или) ее компонентов.

Причем организация безвозмездного обеспечения донорской кровью является полномочием органов субъектов Федерации.

Гражданин, изъявивший согласие стать донором крови и ее компонентов, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных им и имеющихся у него заболеваниях, а также об употреблении им наркотических средств.

Гражданин, умышленно скрывший или исказивший сведения о состоянии своего здоровья, несет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации, если такие действия повлекли или могли повлечь существенное расстройство здоровья реципиентов.

В названном законе приводятся обязанности органов и государственных органов местного самоуправления, з так-

ГЛАВА 24. Современные правовые проблемы донорства крови I 213 и ее компонентов I

же администрации медицинских предприятий и учрежде- ний по содействию и обеспечению донорства. Заготовку, переработку и хранение донорской крови и ее компонентов осуществляют учреждения Минздрава России и региональные органы управления здравоохранением РФ. Порядок взятия крови и контроль за качеством донорской крови осуществляются Минздравом России и управлением по контролю качества лекарственных средств, а взаимодействие между учреждениями разных ведомств по этому вопросу — Правительством РФ. За нарушение порядка заготовки, переработки и хранения крови несут ответственность в соответствии с законодательством должностные лица учреждений здравоохранения.

1. Проблемы донорства

Нельзя не заметить изменения отношения к переливанию крови с 90-х годов прошлого столетия, выраженное академиком Б.В. Петровским, который отметил, что переливание крови следует назначать только пожизненным показаниям и только тогда, когда без этого обойтись нельзя. Это объясняется тем, что мир столкнулся с вирусной опасностью трансфузий. Американцы заразили ВИЧ 80% детей, больных гемофилией, ввозя плазму из африканских стран. Это же наблюдалось в Германии и Японии. Отдельные случаи имели место в роддомах нескольких городов России. В 2007 г. Минздравсоцразвития РФ выпустил «Методические рекомендации по лабораторному предупреждению передачи ВИЧ при переливании крови и ее компонентов». В связи с актуальностью вопросов, возникающих при переливании крови, VI Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов был посвяшен юридическим аспектам трансфузии.

В практике комиссионной экспертизы, проводимой в связи с подозрением на дефекты оказания медицинской помощи, был случай, когда во время операции понадобилась кровь определенной группы и один из молодых врачей

214 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

предложил свою. Через полгода, когда у бывшей больной выявилась ВИЧ-инфекция, проверили впервые кровь вра- ча-донора, и он оказался ВИЧ-инфицированным, о чем не догадывался. Внутрибольничные заражения ВИЧ наблюдались в Воронеже. Туле, Элисте и других городах.

Статья 18 «Порядок передачи крови и компонентов» ФЗ «О донорстве крови и её компонентов» (с изм. на 23.052016 г.) допускается организациям, находящимся за пределами РФ по решению Правительства РФ при оказании гуманитарной помощи.

<ф> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятий «донор», «реципиент».
2. Какие нормативные акты регламентируют донорство крови и ее компонентов?
3. Какие права и льготы имеет донор?
4. Какие обязанности имеет донор крови?
5. Чего следует опасаться при переливании крови?

ГЛАВА 25

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ТАНАТОЛОГИИ

1. Правовые и этические проблемы, связанные с умиранием

Особое значение для медицинского персонала должно иметь отношение к умирающему больному. Так, доктор Кю- блер Росс с клинической точки зрения процесс умирания делит на пять стадий.

1. Отрицание, когда известие о наступающей смерти шокирует больного и надо всячески его поддержать и успокоить.
2. Протест. Наступающие после стресса рассуждения о том, почему именно его коснулось умирание. Тут главное отвлечь и успокоить.
3. Просьба об отсрочке, когда понял, поверил, но необходимо время, чтобы все осмыслить и принять ряд решений, подумать над завещанием. Здесь требуется тактичная, деликатная помощь близких.
4. Депрессия. Наступают угнетение, жалость к близким, сожаление о поступках. В этот период больного надо оставить в покое, не лезть с советами, но находиться рядом.
5. Принятие, когда наступают умиротворение и ожидание конца. Необходимо находиться рядом с умирающим проявить внимание, сочувствие.

Главное — не оставлять умирающего одного, даже в бессознательном состоянии необходимо держать его за руку и находиться рядом, ибо и в последние мгновения сохраняется чувствительность и может восприниматься и подсознательно пониматься то, что происходит рядом. Таким образом, вопрос об уходе из жизни тесно связан с душевным состоянием человека и зависит от него.

214 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Для умирающих больных в конце прошлого века в Санкт-Петербурге был открыт первый хоспис — специальный госпиталь, в котором условия, порядок и действия медперсонала нацелены на обеспечение полноценной жизни безнадежного больного. В отличие от стран Запада, у нас хосписы не приживаются. В Ростове имеется единственный хоспис на 30 мест, который был открыт в 2009 году.

Нельзя забывать и о правовой стороне этого состояния и зафиксировать, кого умирающий хотел бы видеть своим представителем, на случай, если не сможет принимать решение сам. Это могут быть и другие вопросы. Например, о способах и пределах лечения, о запрещении вскрытия тела или изъятия органов для трансплантации, о похоронах или имущественном завещании. Все сказанное должно быть записано со слов больного в истории болезни и подписано лечащим врачом. Если это касается завещания, то согласно ст. 1127 Гражданского кодекса РФ завещание находящегося в стационаре больного может быть удостоверено главным врачом или его заместителем, а также дежурным врачом.

Культуре общения, умению сопереживать умирающему человеку, предвидеть возможные вопросы в случае смерти наших медиков не учат. Религия, которая выработала обряды, нормы поведения людей, а главное — необходимость выражения сочувствия и понимания умирающего, опередила медицину. Мероприятия и поведение людей у постели больного диктуются многими конкретными обстоятельствами, но, прежде всего, личностью и мировоззрением человека, его состоянием и настроенностью.

В «Этическом кодексе медицинской сестры России» предписано с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медсестра должна овладеть разносторонними методами, облегчающими страдания, оказать умирающему и его близким психологическую поддержку. Помогая умирающему уйти с максимальнодостижимым физическим и эмоциональным комфортом, следует помнить о недопустимости использования или содействия эвтаназии, т. е. преднамеренного действия с целью прекращения жизни пациента по его просьбе.

ГЛАВА 25. Правовые и этические основы танатологии

J

217

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» впервые появилась статья 36 «Паллиативная медицинская помощь», под которой имеется в виду комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений болезни в целях улучшения качества жизни умирающего. Эти мероприятия могут проводиться как в стационаре, так и амбулаторно, специально обученными медработниками.

1. Правовое и медицинское значение констатации момента смерти и критерии его установления

Статья 66 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определяет момент смерти человека, смерть его мозга, биологическую смерть, которая наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. В последние годы с развитием трансплантации и реаниматологии вновь обострился вопрос о констатации момента смерти. В соответствии с Инструкцией по констатации момента смерти человека, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2001 № 460, смерть человека — это тотальная смерть его головного мозга, регистрируемая даже при работающем сердце и искусственной вентиляции легких (биологическая смерть).

Надо иметь в виду, что в соответствии со ст. 66 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» порядок установления момента смерти в медицинском стационаре определен Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 Ns 950 «Об утверждении Правил определения смерти человека, в том числе критериев и процедуры определения смерти по прекращению реанимационных мероприятий». В нем, в частности, отмечается, что посмертные изменения имеют функциональные, инструментальные, биологические и трупные признаки:

♦ функциональные: отсутствие сознания, дыхания, пульса, артериального давления, рефлекторных ответов на все виды раздражителей;

218 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

* инструментальные: электроэнцефалографические,

ангиографические;

* биологические: максимальное расширение зрачков; бледность, цианоз, мраморность кожных покровов; снижение температуры тела;
* трупные: ранние трупные признаки (трупные пятна, окоченение, высыхание и охлаждение трупа ниже 25 °С).

Эти признаки не могут быть основанием для констатации смерти, если они возникли в период глубокого охлаждения (температура тела ниже 32 °С) или на фоне действия медикаментов, угнетающих UHC. Инструкция не распространяется на новорожденных и детей до 6 лет. Инструкция для них разработана, но не утверждена. Реанимационные мероприятия по поддержанию жизни проводятся в течение 30 минут, у новорожденного при отсутствии сердцебиения — через 10 минуте начала проведения реанимации. Реанимационные мероприятия совсем не проводятся при наличии признаков биологической смерти. Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей в составе реа- ниматолога-анестезиолога и невролога со стажем работы по специальности не менее пяти лет в отделении реанимации. Назначает комиссию зав. реанимационным отделением или (при его отсутствии) дежурный врач. В комиссию не включаются специалисты, принимавшие участие в заборе и трансплантации органов. При этом составляется протокол установления смерти мозга, который позволяет прекратить реанимационные мероприятия и изымать органы.

Порядок установления момента смерти вне лечебного учреждения (на улице, в транспорте и других местах) приведен в Информационном письме Российского центра судебно-медицинской экспертизы, утв. МЗиСР РФ 07.04.2008 № 892. Он определяется на основании развития одного из достоверных признаков биологической смерти: трупных изменений — трупных пятен, трупного окоченения, охлаждения и высыхания тела — врачом или фельдшером и, конечно, при развитии поздних трупных изменений: гниения трупа и более редких — мумификации и жировоска. При отсутствии трупных признаков есть и косвенные признаки.

ГЛАВА 25. Правовые и этические основы танатологии

219

J

Вместе с тем реанимационные мероприятия прекращаются при констатации смерти человека с учетом неэффективного применения комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни в течение 30 минут, а также отсутствие у новорожденного сердцебиения в течение 10 минут после применения реанимационных действий. Даже при таких требованиях в разных странах отмечены случаи «оживления» после принятия решения об отключении аппарата искусственного жизнеобеспечения.

После наступления биологической смерти проблемы, встающие перед близкими родственниками, решаются на основании нормативных документов. В Российской Федерации действует Закон от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле». Он регулирует отношения, связанные с погребением умерших, устанавливает гарантии погребения с учетом волеизъявления, выраженного лицом при жизни, и желания близких, гарантирует предоставление материальной и иной помощи для погребения, определяет место захоронения и порядок содержания с учетом экологических и санитарных требований. Деятельность служб погребения подлежит лицензированию органами местной исполнительной власти, которые определяют порядок их деятельности, заключающийся в следующем.

1. Выдача документов на погребение — в течение суток. В случае если для установления причины смерти необходимо вскрытие и труп помещается в морг, то выдача тела по требованию близких или законного представителя не может быть задержана на срок более двух суток после установления причины смерти.
2. Нахождение в морге бесплатно до семи суток с момента установления причины смерти, а в случаях позднего извещения родственников этот срок увеличивается до 14 суток. Если погребение осуществляется за счет граждан, то выплачивается социальное пособие в размере стоимости гарантированного перечня услуг на погребение. Выплата производится в день смерти на основании справки о смерти организацией, в которой умерший получал пенсию или работал.

220 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Нормативные основы патологоанатомического вскрытия

В статье 67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечается. что патологоанатомическое вскрытие проводится в целях получения данных о причине смерти и установления диагноза заболевания, заключение о которых выдается членам семьи, а при их отсутствии — близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам. Законные представители могут требовать назначения независимой экспертизы.

В соответствии с принятыми международными нормами в случае заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, по религиозным мотивам патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится. Кроме того. Закон «О погребении и похоронном деле» устанавливает, что вопрос о согласии или несогласии на вскрытие, как и выбор, быть погребенным или кремированным, решается волеизъявлением умершего; при отсутствии супруга, близких родственников, иных родственников — законного представителя, а при их отсутствии — лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение. Статья 67 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предписывает обязательное патологоанатомическое вскрытие;

1. при подозрении на насильственную смерть;
2. при невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
3. при оказании умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
4. при подозрении на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

ГЛАВА 25. Правовые и этические основы танатологии

221

1. при наступлении смерти:

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

1. от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

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

б) при рождении мертвого ребенка:

1. при необходимости судебно-медицинского исследования.

Порядок патологоанатомических вскрытий приведен в ст. 67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» ФЗ № 323 «Об основах...». В ней, в частности, сказано, что патологоанатомическое вскрытие проводится в целях получения данных о причине смерти и установлении диагноза заболевания. В случае заявления членов семьи или самого умершего, высказанного при его жизни при отсутствие подозрений на насильственную смерть вскрытие не производится. Отмена вскрытия не допускается: при невозможности установления клинического диагноза, приведшего к смерти; при подозрении на передозировку или непереносимость лекарств; в случаях смерти, связанных с проведением профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных мероприятий; смерти от инфекционных, онкологических заболеваний, а также беременных и родильниц. Клинико-патологоанатомическая конференция обязана установить: I-ю, 2-ю или 3-ю категорию расхождения диагнозов. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов в 2005 г. в России

222 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

составляло 12,4%, когда не была распознана причина смерти.

Патологоанатомическое вскрытие трупа не проводится при насильственной смерти и необходимости судебно-медицинского исследования; при оказании медицинской помощи в стационаре менее одних суток или невозможности установления клинического диагноза и (или) непосредственной причины смерти; подозрении на какой-либо дефект оказания медицинской помощи; при смерти от инфекционных. (при отсутствии гистологической верификации опухоли), от заболеваний, связанных с экологической катастрофой, а также при смерти беременных, рожениц, родильниц, рождении мертвого ребенка и детей до 6 лет. Заключение о причине смерти выдается близким родственникам умершего, правоохранительным органам, органам, осуществляющим государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Результаты патологоанатомического вскрытия могут быть обжалованы в суде. Хранение трупов до начала вскрытия должно быть в холодильной камере.

1. Медицинское свидетельство о смерти

Для совершения похорон необходимо получить от лечащего врача, а если труп вскрывался, то от патологоанатома или судебно-медицинского эксперта медицинское свидетельство о смерти. Медицинское свидетельство о смерти — это документ, удостоверяющий факт наступления и причину смерти для регистрации в загсе. Оно является объективным отражением динамики заболеваемости и смертности населения. Достоверность статистической информации зависит от правильности установления причины смерти и качества заполнения врачебного свидетельства о смерти. Этот документ выдается в отделении лечебного учреждения родственникам умершего под расписку на основании врачебного наблюдения за больным, клинических данных, отраженных в истории болезни, либо на основании патологоа

ГЛАВА 25. Правовые и этические основы танатологии

J

223

натомического исследования трупа. В случаях очевидного насилия или подозрения на него, а также при жалобах на ненадлежащее врачевание — на основании судебно-медицинского исследования трупа. Выдача трупа из любого отделения без заполнения врачебного свидетельства о смерти запрещена. В сельских медицинских пунктах при отсутствии врача справка о смерти выдается фельдшером. В случае смерти детей до 6 дней выдается свидетельство о перинатальной смерти.

Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано окончательно, предварительно и взамен предварительного, о чем делается соответствующая запись. Медицинское свидетельство о смерти — документ строгой отчетности, чистые бланки, корешки выданных свидетельств и испорченные бланки хранятся в течение года.

В случае если смерть наступила вне лечебного учреждения при отсутствии оснований для судебно-медицинского исследования, участковый или семейный врач на основании наблюдения за больным с установленным диагнозом имеет право и обязан заполнить свидетельство о смерти, не направляя труп в морг. Исключения составляют (кроме обоснованных подозрений на насильственную смерть) письменные жалобы на ненадлежащее врачевание (такой труп подлежит судебно-медицинскому исследованию) или конфликтные ситуации в семье, члены которой не согласны с мнением врача о причине смерти. Это следует в доступной форме разъяснить родственникам умершего.

1. Правовые и этические проблемы эвтаназии

Важнейшей медицинской, этико-правовой проблемой уже много десятилетий остается проблема эвтаназии. К смертельно больному пациенту следует относиться иначе, чем к другим больным. Однако нет никаких правовых документов, регламентирующих поведение врача по отношению к умирающему больному. Следует руководствоваться этическими принципами, записанными еще в клятве Гиппократа,

224 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| • МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

рекомендациями Всемирной медицинской ассоциации. Лечение смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль, проводится так, чтобы максимально облегчить их страдание и способствовать достойному уходу из жизни.

Впервые в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» появилась ст. 36 «Паллиативная помощь», по которой нуждающейся в ней гражданин может получить комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других страданий в целях улучшения качества жизни. Вместе с тем желание пациента отказаться от медпомощи и действий врача правомерно с учетом же закона № 323 (ст.19,п.5 «Отказ от медицинских вмешательств»).

В соответствии с Конституцией РФ каждому человеку принадлежит неотъемлемое право на жизнь, один из аспектов этого права предполагает возможность самостоятельно распоряжаться ею, решать вопрос о прекращении жизни. Допустить возможность реализации этого права можно лишь путем эвтаназии.

Термин «эвтаназия» (эутаназия, эйтаназия) происходит от двух греческих слов: танатос (смерть) и эу (хороший, счастливый), т. е. счастливая смерть (быстрая и без мучений). Различают две принципиальные формы эвтаназии: а) активная — разновидность добровольной или принудительной эвтаназии, когда смерть вызывают применением специальных средств, и б) пассивная — разновидность добровольной или принудительной эвтаназии, когда смерть наступает вследствие прекращения средств поддерживающей терапии. Обсуждение такой сложной и противоречивой проблемы в обществе необходимо, но с участием специалистов в области права, медицины и с последующим подведением итогов. Неудивительно, что отсутствие информации об эвтаназии иногда приводит к абсурдному ее пониманию.

Как и во всех странах, в России встречается разное отношение к эвтаназии. Так, член-корреспондент АМН СССР, крупнейший детский хирург профессор С.Я. Долецкий в

ГЛАВА 25. Правовые и этические основы танатологии

J

225

1992 г. писал, что человек отличается от животного разумом и моралью. Если нет того и другого у больного с полностью атрофированным мозгом, то это не человек, а существо, и к нему следует применить эвтаназию. Другого мнения известный судебный медик, заслуженный деятель науки профессор О.Х. Поркшеян. Примерно в те же годы применение эвтаназии он считал умышленным убийством человека, даже если это касается безнадежно больного по его просьбе. Но в большинстве своем случаи эвтаназии шокировали. В конце восьмидесятых годов прошлого века во всем мире широко обсуждаюсь судебное дело медицинской сестры онкологической клиники Германии Редер. которая, выхаживая прикрепленных к ней пациентов, «из сострадания» помогла уйти из жизни 17 тяжелым больным. На судебном процессе ее адвокат утверждал, что многолетняя работа с такими больными изменила ее понимание милосердия. К сожалению, четверть века спустя мораль деформировалась у значительной части населения, что привело к значительному увеличению числа сторонников эвтаназии.

С принятием в 1993 г. «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» впервые эвтаназия в нашей стране получила законодательное решение. В статье 45 под недвусмысленным названием «Запрещение эвтаназии» записано. что удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти «какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращение искусственных мер по поддержанию жизни» медперсоналу запрещается. Лицо, осуществляющее эвтаназию или побуждающее больного к эвтаназии, несет уголовную ответственность. Эта статья точно (вплоть до номера) повторилась в новом ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». Однако, несмотря на запрет, в медицинской практике скрытая эвтаназия участилась и нарушения статьи не замечаются. Считается, что примерно 70% смертей в отделении интенсивной терапии происходит в связи с отказом от лечения. По смыслу это не эвтаназия, так как причина смерти наступает вследствие патологических процессов, происходящих в организме больного, а лечение прекраща

226 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I . МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ется, потому что оно бесполезно. Время прекращения лечения, способы лечения и методы, которыми это все делается, могут существенно различаться, и отличить в правовом отношении такое прекращение лечения вследствие отказа от пассивной эвтаназии невозможно.

Совершенно ясной и однозначной по отношению к эвтаназии является позиция Русской Православной церкви: она никогда не может быть оправдана. Практика Церкви всегда была ориентирована на облегчение и наполнение смыслом последних часов земной жизни человека, без вмешательства в темп наступления смерти. Вместе с тем некоторые считают, что критерии продолжения или прекращения жизнеподдерживающих мер заслуживают более глубокого рассмотрения с участием не только врачей, но и пастырей, и богословов.

Во всех цивилизованных странах, в том числе и в России, эвтаназия применяется независимо оттого, разрешена она законом или нет. Решать вопрос об эвтаназии с точки зрения права непросто, ибо в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан», на что обращается внимание в печати. наряду с приведенной выше ст. 45 имеется другая: ст. 19 «Права пациента» содержит право на отказ от медицинского вмешательства. В ней указано, что «гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения», даже если оно начато, на любом этапе проведения. При этом ему в доступной форме должны быть изложены все последствия отказа от лечения, что оформляется записью в медицинском документе и подписывается пациентом (его законным представителем) и лечащим врачом.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем правовая и этическая особенности сестринского ухода за умирающим больным?
2. В чем заключается правовое значение установления факта смерти?

ГЛАВА 25. Правовые и этические основы танатологии

227

J

1. Назовите правовые основания для установления момента смерти.
2. Каков порядок установления момента смерти в целях прекращения реанимации и трансплантации органов и тканей?
3. В каком документе изложены основные критерии определения момента смерти?
4. Назовите цель и порядок патологоанатомического вскрытия.
5. В каких случаях патологоанатомическое вскрытие обязательно?
6. В каких случаях патологоанатомическое вскрытие не может быть произведено?
7. Какие трупы подвергаются судебно-медицинскому исследованию?
8. Какое значение имеет «медицинское свидетельства о смерти»? Кем оно выдается и на каком основании?

1 1. В каком законе указаны права близких и законных представителей в отношении вскрытия и захоронения трупа?

12. Дайте определение и правовое обоснование эвтаназии в России.

1 3. Какие формы эвтаназии различают и в чем их разница?

ГЛАВА 26

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Статья 50 ФЗ № 323 (редакция 2016 г.) разрешает использование народной медицины для оценки и восстановления здоровья, кроме применения методов оккультно-магического характера. Разрешение на занятия народной медициной (как и лишение в случае установления недостаточной квалификации) выдает орган исполнительной власти субъекта на основании заявления гражданина и представления заключения медицинской профессиональной некоммерческой организации либо совместного заявления гражданина и медицинской профессиональной организации. Разрешение на применение методов народной медицины действует только на территории этого объекта и не входит в программу бесплатной медицинской помощи.

Народная медицина основана на опыте многих поколений людей, но не зарегистрирована в законодательном порядке. Это ненаучная медицина, которой не обучают в медицинских вузах. Причем правом на занятие целительством обладают граждане РФ независимо от наличия медицинского образования, и тем более высшего.

Это обусловило положение, когда в стране активно практикуют различного рода знахари, экстрасенсы и корректоры биополя, гомеопаты, демопаты и остеопаты, табибы, хакимы, шаманы. Справедливо призывают ученых обратить внимание на многовековой опыт, раскрыть загадки лечебного воздействия лекарей, отбросить все бесполезное и вредное, заняться исследованием и научной интерпретацией всего рационального.

В отличие от признанной научной медицины, которая рассматривает болезни систем органов как единую нозологическую (от греч. noses — болезнь) форму, патогенез (механизм) возникновения и развития которых нередко неясен,

ГЛАВА 26. Правовые проблемы народной медицины

J

229

в основе народной медицины лежит выявление индивидуального патогенеза. Если учесть, что каждый человек неповторим, что условия, на него действующие, различны, то понятно многообразие подходов и методов лечения.

Таким образом, народная медицина обладает огромным разнообразием методов диагностики и лечения. Одни из них наивны и безопасны, хотя и не обладают терапевтическим эффектом, другие имеют положительный или отрицательный эффект. В разные годы слухи, рукописные источники или многочисленные публикации в печати сообщали о том или ином сенсационном открытии лекарственного или иного лечебного средства, причем нередко универсального — от всех болезней. В качестве такой панацеи предлагались сыроедение и голодание, сосание подсолнечного масла, прополис, эбонитовые массажеры и активированная вода, металлотерапия и магнитотерапия, мумие и чудодейственные бальзамы, гимнастика йогов и ушу. И это не только в нашей стране. По данным ВОЗ, каждый третий больной обращается за помощью к нетрадиционной медицине.

По некоторым данным, около 60% москвичей, в распоряжении которых хорошо организованные и оснащенные современным оборудованием лечебные учреждения и блестящие специалисты, прибегают к услугам разного рода целителей. В столице с помощью средств массовой информации расцвела деятельность современных «классиков» народной медицины Алана Чумака, Виктора Петрика, Григория Грабового, которые, с одной стороны, сумели завоевать доверие народа, с другой — утвердившееся звание лжецел ител ей.

Способствуют падению престижа официальной медицины недостаток милосердия и психотерапевтического умения врачей; узкая специализация, потерявшая человека; укоренившиеся взгляды, бессилие медицины перед изменившимися болезнями и засилье подчас малодоступной платной медицины. Кроме того, научная медицина в ряде случаев, несмотря на большие достижения, иногда остается бессильной, и больной идет к знахарю, легко поверив в

230 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

его возможности. Причина живучести ненаучной медицины кроется в не всегда доступной и бескорыстной официальной медицине, плохой работе поликлиник и больниц, невнимательном, нетактичном, иногда грубом отношении медицинских работников к своим обязанностям.

Понятно, что, услышав про чудодейственные возможности недипломиронанных целителей, особенно из навязчивой рекламы, и увидев положительные результаты их лечения, особенно после многократных обращений и длительного безрезультатного лечения у врачей, больные нередко обращаются к таким лекарям. И это происходит, несмотря на многолетние предупреждения о неоднократных случаях очевидного и доказанного мошенничества или пагубного действия, приводящего к тяжелым последствиям.

В течение ряда лет периодически вспыхивал ажиотаж, связанный с целебным действием «живой» и «мертвой» воды. Первая рекомендовалась от всех болезней по полстакана натощак, вторая в такой же дозе от поноса. В одном из буклетов был перечень 30 болезней, при которых полезна эта вода. Получали ее путем активирования в различных режимах с помощью электродов различных конструкций и размеров. Бутылка такой воды продавалась по высоким ценам и была нарасхват. При проверке оказалось, что вода не обладает лечебными свойствами. Поэтому у одних больных это привело к обострению заболевания, у других — отодвинуло срок настоящего лечения со всеми вытекающими последствиями. Аналогичное применение с таким же исходом в другие годы имела «серебряная» и «намагниченная» вода, что тоже рекомендовалось в качестве панацеи.

В работе «О благоприличном поведении» Гиппократ пишет о псевдомедиках, которые, обладая «профессиональной ловкостью», обманывают людей, не владеют научными знаниями, основываясь на только ими трактуемых положениях.

Президиум Российской академии наук создал комиссию по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований, которая разоблачила немало псевдомедицин

ГЛАВА 26. Правовые проблемы народной медицины

J

231

ских изобретений. Председатель этой комиссии академик

Э. Кругляков заметил, что лженаука полностью крушит весь фундамент науки, тогда как даже самая невероятная научная теория лишь изменяет или развивает ее в новом направлении. Он привел несколько примеров вредного влияния широко рекламируемых в прессе приборов и предложений. Более того, имеются случаи, когда даже Министерство здравоохранения выдает всевозможные разрешения и сертификаты на очевидно вредные проекты, которые «оболванивают человека». В Госдуме была организована выставка, на которой демонстрировался диван-экстрасенс, лечивший от 80 болезней. И никаких испытаний на животных, а затем в клиниках, никаких разрешений фармкомитета в нарушении узаконенного порядока применения новых методов диагностики, лечения, лекарственных средств.

Наказание за незаконное занятие народной медициной не получивших разрешение граждан, даже нанесших вред здоровью своим пациентам, отсутствует в УК РФ. Лишь в Кодексе об административных правонарушениях РФ в статье 6.2 «Незаконное занятие частной медицинской практикой, либо народной медициной (целительством)» предусмотрено, что нарушение установленного законом порядка занятия целительством влечет наложение административного штрафа.

Вместе с тем следует признать, что в народной медицине немало полезного, признанного наукой. Так, нетрадиционный, т. е. не принятый ортодоксальной медициной, метод лечения, даже зарекомендовавший себя положительно и прошедший сквозь века, с трудом прокладывает себе дорогу на легальное применение. Так было с иглотерапией. С годами наука обосновала механизм лечебного действия многих лекарственных растений, успешно применяемых веками в народной медицине. Что же касается людей, которые наделены знаниями или способностями оказывать медицинскую помощь больным, заниматься лечением (хотя по закону не имеют на это права), то такие люди действительно есть. Это люди с феноменальным слухом, памятью, повы

232 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

шенной или пониженной чувствительностью. Они в самом деле способны оказывать помощь, а иногда и вылечивать. Однако следует учесть, что один и тот же симптом может наблюдаться при разной патологии и свидетельствовать о различных болезнях разных органов и систем. Ведь еще до лечения надо понять причину болезни, чтобы выбрать средство и направленность, но для этого необходимо образование, и не какое-нибудь, а медицинское.

Сотни статей написаны об экстрасенсах. Резко отрицательное и подозрительное отношение к ним с годами сменилось возможностью признания. Этому способствовали не только наблюдения за их работой и судьбой леченных ими больных. Физики и медики с помощью электронной и компьютерной техники установили, что некоторые люди обладают очень высокой чувствительностью к температуре. Они замечают малейшие колебания и, с другой стороны, могут регулировать температуру своего тела. Есть люди, которые в большей степени, чем другие, улавливают излучаемые разными тканями и органами инфракрасные лучи или электрические биополя. Обычно при этом действуют слабые сигналы. Упоминавшаяся еще Гиппократом мануальная, т. е. ручная, терапия, костоправство, развитая народными целителями, относительно легко, хотя и не без споров, вошла в медицинскую практику.

Как видно из приведенных примеров, народные целители, как правило, черпают очень много полезного из опыта древней медицины. Это касается и траволечения, и косто- правления, и иглотерапии, и аутотренинга.

Помимо ненаучной и нетрадиционной медицины в последние годы стало распространяться самолечение. Только одна треть опрошенных больных своевременно обращаются к врачу. С ростом общего культурного уровня, образования, распространением медицинской информации, с недоступностью для многих дорогих лекарств увеличиваются случаи самолечения. С другой стороны, самолечение часто является следствием потери профессионатьного авторитета врача, а поэтому неверия ему, наконец, негативного отношения к самой медицине. Такие больные научились лечиться само-

ГЛАВА 26. Правовые проблемы народной медицины

233

I

стоятельно, применяя народные средства или используя ранее полученные сведения при лечении подобной болезни у себя или знакомых. Некоторые пригоршнями глотают лекарства, что далеко не всегда безвредно.

Однако в ряде случаев, преимущественно при простудных заболеваниях, действительно есть смысл лечиться самому с помощью испытанных народных методов, используя советы медицинских работников. Медик в этом случае играет роль руководителя, акцентирующего внимание больного на больших возможностях человека, и психологически его поддерживает. Хорошо сказа." Норман Казинс: «Вся королевская конница и вся королевская рать не в силах заменить собой врача как хранителя ключей к способности тела излечить себя». Незнание внутренних способов самоизлечения приводит к употреблению лекарств, к излишней зависимости от них. Интересно, что в ряде случаев попавшие в беду, испробовавшие медикаментозную терапию и хирургию и потерявшие надежду на излечение, образованные люди сами берутся за свое лечение. Известны в этом отношении яркие примеры таких знаменитостей, как Валентин Дикуль или неоднократный чемпион мира тяжелоатлет Юрий Власов.

Пример этих волевых, творческих личностей достоен подражания, но далеко не для всех. Поэтому самолечением надо руководить и контролировать его, чем давно занимаются различные общества, приобщая к здоровому образу жизни.

<3> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое целительство? Назовите правовые основы этой деятельности.
2. Кто и на каком основании может разрешить заниматься цели- тел ьством?
3. Как обеспечено обучение и получение разрешения на занятие цел ител ьством?
4. В чем заключаются и чем опасны лжецелительство. мошенничество вместо целебных действий? Какова ответственность при причинении этим вреда здоровью?

РАЗДЕЛ VIII

ненадлежащая медицинская помощь

И ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЗА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

ГЛАВА 27

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, КЛАССИФИКАЦИЯ (ПОНЯТИЕ, ПРИЗНАКИ, ОБСТОЯТЕЛЬСТВА И ПРИЧИНЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

Ненадлежащим оказанием медицинской помощи называют действия (бездействие) медицинских работников, не отвечающие установленным положениям медицинской науки и практики, принятым правовым нормам, медицинским правилам, этике и деонтологии. Иногда в качестве синонима ненадлежащего оказания медицинской помощи используется понятие «дефект профессиональной деятельности медицинских работников» или «дефекты медицинской помощи».

Различают следующие признаки ненахгежащего оказания медицинской помощи: неоказание медицинской помощи; несвоевременное, недостаточное и неправильное оказание медицинской помощи. Сюда также относят нарушение медицинских стандартов и общепринятых в медицине правил, нарушение медицинских официальных регламентирующих и нормативных документов.

ГЛАВА 27. Ненадлежащее оказание профессиональной помощи,

классификация

I

235

Обстоятельства ненадлежащего оказания медицинской помощи могут быть:

* субъективного порядка (запоздалое, недостаточное, неправильное);
* объективного порядка;
* организационного порядка;
* информационно-деонтологического порядка.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи разделяют поэтапно на достационарный (дефекты эвакуации, неоказание или запоздалое оказание медицинской помощи, дефекты диагностики, дефекты лечения и пр.) и стационарный периоды (запоздалое оказание медицинской помощи, дефекты диагностики, дефекты лечения, технические и де- онтологические недостатки и пр.).

К причинам дефектов оказания медицинской помощи относят: неправильное отношение к больному (отсутствие динамического наблюдения, контроля за проведением назначенного лечения, нарушение деонтологических принципов с пациентами и родственниками); недостаточная квалификация медработника (низкий уровень клинического мышления, неумение логически осмыслить выявленные данные, неумение сформулировать диагноз, недостаточный уровень профессиональной подготовки, малый клинический опыт, незнание методов); позднее обращение за медпомощью, недостатки организации; недостатки в проведении диспансерного обследования; недостатки в работе врачебных комиссий, объективные трудности, другие многочисленные причины.

Приведем одну из классификаций ненадлежащего врачевания, которая делит дефекты оказания медицинской помощи в зависимости от юридической их оценки, определения формы принципа вины на пять основных групп.

Умышленные преступления медицинских работников. В основе их лежит юридическая форма вины — умысел, когда лицо, его совершившее, сознавало опасный характер своего действия или бездействия, предвидело возможные последствия или желало их наступления. Наиболее характерный

236 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

пример для медицинского работника — неоказание помощи больному.

Неосторожные действия медицинских работников. В их основе лежит другая форма субъективной стороны — вины, преступления, выражающегося в легкомыслии, самонадеянности или небрежности. В этом случае лицо, совершившее правонарушение, предвидело опасный характер своих действий или бездействия, но безосновательно рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело наступления опасных для здоровья и жизни последствий, хотя при достаточной квалификации и необходимой внимательности должно и могло их предвидеть. Примерами могут служить последствия недостаточного обследования больного, неосторожного выполнения медицинских манипуляций или нарушений официальных правил.

Виновным по уголовному закону признается лицо, совершившее деяние умышленно или по неосторожности.

На основе нарушения Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и игнорирования неотъемлемых для медицинской деятельности этических норм, участившихся в медицинской практике, нами еще в 2000 г. выделена группа дефектов, имеющая юридическую направленность.

Нарушения прав граждан (пациента) в области охраны здоровья и основ медицинской этики. Иногда они встречаются в качестве самостоятельного дефекта, нанесшего вред здоровью пациента либо нарушающего его права, но чаще сочетаются с другими дефектами медицинской помощи из числа приводимых выше. Знание правовых и этических норм, как отмечается в квалификационных требованиях к выпускникам высших и средних медицинских образовательных учреждений, согласно Приказу МЗиСР РФ от 23.07.2010 N9 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”», обязательно.

ГЛАВА 27. Ненадлежащее оказание профессиональной помощи, I 237

классификация |

Профессиональная (медицинская) ошибка — дефект профессиональной деятельности медработника, не относится к юридическим понятиям и не предусматривает вины медицинского работника, даже несмотря на тяжесть последствий.

Несчастные случаи (юридически соответствуют терминам «случай», «казус»). Сюда следует отнести редкие случаи действия врачей в условиях, когда существует объективная невозможность предвидеть последствия этих действий. Это аллергические, токсические реакции при применении лекарственных средств или вакцинации, внезапная смерть от рефлекторной остановки сердца при его катетеризации или иной манипуляции, в том случае, если все, что положено в таких случаях, было предусмотрено.

Естественно, при отсутствии признаков неосторожности оба последних дефекта не являются преступлениями, однако для решения необоснованности обвинения врачей проводится судебно-медицинская экспертиза.

<ф> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятию «ненадлежащая медицинская помощь».
2. Назовите основные признаки и обстоятельства ненадлежащей помощи.
3. Дайте классификацию дефектов медицинской помощи.
4. Какие группы дефектов имеют перспективу уголовного преследования?
5. Чем в правовом отношении отличается неосторожное действие от медицинской ошибки?

ГЛАВА 28

ВЕДОМСТВЕННАЯ ПРОВЕРКА С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ КОНФЛИКТА. СЛЕДСТВЕННО-СУДЕБНОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Взаимоотношения врача и пациента зависят не только от выполнения прав последнего, они должны строиться на принципах терпимости, с соблюдением прав и основных свобод каждой из сторон.

О правах и защите граждан и пациентов в области охраны здоровья написано много десятков страниц — в Конституции РФ, в Гражданском и Уголовном кодексах, в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, в Федеральных законах «О медицинском страховании», «О психической помоши и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», «О дополнительных мерах по охране материнства и детства», «О государственной судебно-медицинской деятельности в РФ» и других.

Что касается прав медицинского работника, его социальной и особенно правовой защиты, актуальность которой повышается с каждым днем, то здесь мало что законодательно определено. Статья 72 «Права медицинских и фармацевтических работников» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» включает ряд положений о социальной защите медработника, главное из которых — право на страхование

ГЛАВА 28. Ведомственная проверка с целью установления факта

ненадлежащего оказания медицинской помощи

I

239

профессионального риска, не получившее пока реального применения в практике. Профессию медицинского работника наряду с профессиями военнослужащего и судьи объединяют особая значимость для государства, большая ответственность, обязательность высокой квалификации для доступа к профессиональной деятельности, особый правовой статус и порядок судопроизводства по делам о профессиональной ответственности.

Профессия медицинского работника является сложной и трудной, ибо его окружают страдания, горести и утраты. В последние годы к ним присоединились необходимость бдительности и настороженности в фиксировании своего поведения, а в случаях жалоб — переживания, связанные с правовой зашитой своих действий. Медицинскому работнику надо бы платить «за вредность» — он должен получать так, чтобы не подрабатывать и не ждать дополнительной оплаты от пациента. В связи с этим появилась необходимость в защите медицинских работников профсоюзами, которые не выполняют этой функции. Создавшееся положение, конечно, отражается на качестве медицинской помощи, но еще более актуальной становится не социальная, а правовая защита врача. На это обратил внимание, выразив беспокойство, еще Минздрав СССР, который по согласованию с Генеральной прокуратурой выпустил Письмо от 12.06.1987 N9 06-14/22 «О порядке проверки фактов нарушений правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников». В тексте Письма обращается внимание на некачественные проверки по поводу оценки выявленных нарушений медицинских работников. Выло рекомендовано назначать в такие комиссии только высококвалифицированных специалистов, результаты оформлять в виде заключений, в которых указывать, какие действующие нормативные акты были нарушены. При необходимости назначения следственными органами судебно-медицинской экспертизы руководителям медицинской организации необходимо беспрепятственно выделять специалистов соответствующего профиля.

240

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

► МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В новых условиях, когда значительно количество жалоб с требованием возмещения физического и морального вреда, участились случаи заведомо ложных обвинений врачей и других лиц медицинского персонала в якобы неправильном лечении, которое, по мнению истцов, находится в прямой причинной связи с наступившими последствиями. При этом истцы указывают на наличие дефектов медицинской помощи и скрывают факты своего неправильного отношения к себе, своим близким, к болезни, к назначениям врача.

Руководители медицинских учреждений и органы управления здравоохранением при получении жалоб граждан или сообщения о ненадлежащем оказании медицинской помощи назначают служебное (ведомственное) расследование случаев неблагоприятных исходов медицинской помощи. Оно проводится до поступления сигнала в правоохранительные органы. Однако, несмотря на то, что служебная проверка обязательна, даже в Москве, как и в отдельных регионах Центрального округа (Ерофеев СВ., 2000), в 43— 48% случаев она не проводилась членами ведомственной комиссии, которые выделяются для проверки обоснованности жалобы, являясь высококвалифицированными специалистами. Из причин ненадлежащего оказания медицинской помощи наиболее частыми можно отметить неоказание медицинской помощи или необоснованную ее задержку, что иногда являлось фактором, способствовавшим наступлению смерти или наступлению осложнения, различные дефекты медицинской помощи и другие.

Методика проведения ведомственного контроля профессиональных правонарушений медицинских работников заключается в следующих действиях членов ведомственной комиссии.

1. Знакомство с исходными документами (жалобы, письма, объяснительные записки).
2. Составление плана работы: выяснение необходимых для проверки медицинских документов; определение вопросов, необходимых для разрешения; установление целесообразности дополнительного обследования больного.

ГЛАВА 28. Ведомственная проверка с целью установления факта

ненадлежащего оказания медицинской помощи

I

241

1. Беседы с лечащим врачом и другим медперсоналом. При необходимости — привлечение специалистов для решения конкретных специальных вопросов (ответы целесообразно оформить в виде объяснительной записки на имя главного врача).
2. Изучение и изложение основных положений медицинских документов, назначение при необходимости дополнительных исследований.
3. Работа над заключением с обоснованием ответов на поставленные вопросы и оформление акта ведомственной проверки.
4. Составление предложений: проектов распоряжения или приказа, если есть такая необходимость; проведение клинической или клинико-анатомической конференции, протокол которой прилагается к акту ведомственной проверки.

Текст ведомственного документа проверки должен излагаться по возможности просто, доступно, понятным языком XIя немедиков. Важно, чтобы заключение комиссии было научно обосновано, формулировка понятна, однозначна, находилась бы в пределах компетенции не только медика, но и юриста. Не должны употребляться слова и понятия, имеющие юридический смысл: «вина», «ошибка», «неосторожное действие», «халатность», «небрежность», «несчастный случай». Исключительно важен вопрос об определении прямой причинной связи между допущенными (в случае их обнаружения) недостатками в работе медперсонала и наступившим исходом. Указывают причину допущенного дефекта — отсутствие опыта, специальной литературы, необходимость более углубленного изучения какого-либо документа или материала и пр. Специалисты, привлекаемые к работе в комиссиях, должны стремиться к тому, чтобы их заключение, которое, возможно, ляжет в основу приказа по медицинской организации или Минздраву, послужило делу дальнейшего совершенствования медицинского обслуживания населения.

242

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

. МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Помимо ведомственной и административной (служебной), досудебная проверка в виде экспертизы качества медицинской помощи (КМП) проводится страховыми учреждениями. Наиболее сложившейся в настоящее время является медицинская экспертиза в системе ОМС, целью которой является оценка объема и качества медицинской услуги на любых этапах ее оказания (перечень дефектов качества в системе ОМС приводится в главе о ДМП). Эксперт качества медицинской помощи — это врач, имеющий сертификат по клинической специальности, высшую или первую категорию или ученую степень, стаж работы по специальности не менее семи лет, влатеющий специальными знаниями и методическими приемами проведения экспертизы КМП и оформления ее результатов. В его функцию в соответствии с Положением о порядке организации проведения экспертизы КМП в медицинской организации входят проведение экспертного анализа, описание в протоколе профессиональных ошибок, их причинно-следственных связей и негативных последствий, оформление экспертного заключения с выводами. Перечень врачей, включенных в регистр экспертов, утверждается приказом руководителя медицинской организации. Права и обязанности эксперта КМП схожи с таковыми судебно-медицинского эксперта, но он, в отличие от последнего, не дает подписку об ответственности за дачу заведомо ложного заключения и разглашение следственной тайны, а несет в случае нарушения лишь дисциплинарную ответственность. Такая экспертиза может проводиться планово с целью получения обшей системной оценки качества и объемов медицинской помощи отдельным группам застрахованных, для определения уровня учреждения и в других целях. Объектом ее является медицинская и иная документация. Плановая экспертиза КМП назначается:

* по запросам и жалобам страхователя, связанным с оказанием медицинской помощи его работникам;
* по факту отклонения от сложившихся среднестатистических показателей объемов медицинской помощи;

ГЛАВА 28. Ведомственная проверка с целью установления факта

ненадлежащего оказания медицинской помощи

I

243

* по фактам превышения в 1,5 раза сроков госпитализации по сравнению со сложившимся среднестатистическим показателем;
* с целью изучения и экспертной оценки оказания медицинской помощи по отдельному подразделению, виду медицинской деятельности, отдельной нозологической форме, методу диагностики или технологии;
* при наличии ранее выявленных дефектов оказания медицинской помощи.

Целевой вид экспертизы — оказание помощи застрахованному гражданину индивидуально. Объектом экспертизы является медицинская документация. Экспертиза КМП застрахованному назначается в обязательном порядке:

* по жалобе застрахованного или его родственников, законного представителя или адвоката;
* по постановлению суда, прокуратуры, органов дознания;
* по факту летального исхода;
* по факту первичного получения инвалидности лиц трудоспособного возраста;
* по факту повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца;
* по факту повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение семи дней со дня амбулаторного лечения (кроме хронических заболеваний);
* по факту внутрибольничного инфицирования и осложнений;
* по факт>? присутствия в диагнозе признаков наличия вреда здоровью застрахованного при оказании ему медицинской помощи;
* по факту взаимного несоответствия различных данных реестра застрахованных.

Приведенные выше недостатки здравоохранения и оказания медицинской помощи, негативные действия медицинских работников привели к необходимости усиления контроля за их деятельностью, основой чему явилась впервые введенная в Федеральный закон «Об основах охраны

244 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

~ ■ ■■ 1 р ■ . ■ ■

здоровья граждан в РФ» глава 12, которая указывает на организацию государственного, ведомственного и внутреннего контроля в сфере здравоохранения, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, государственный контроль за обращением медицинских изделий и мониторинг их безопасности. Юридическая ответственность медработников наступает, когда исчерпаны другие возможности решения конфликта сторон. Причем дефект действия медицинского работника в таких случаях возникает в процессе медицинского вмешательства, т. е. любого обследования или иного действия, имеющего диагностическую, лечебную, профилактическую или реабилитационную направленность, выполняемую врачом или медицинским работником со средним образованием.

Люди в белых халатах всегда воспринимались как спасители или носители добра, им доверяли жизнь и здоровье. Когда-то бесспорной и заслуженной была поговорка: Medicus — res sacra (врач — явление священное). Однако в последние десятилетия и сама подготовка медицинских работников (врача или средних медработников), вследствие ухудшения профессионального образования и нравственного воспитания, и практическая деятельность врача по объективным и субъективным причинам снизили качество медицинской помощи. В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (действующая ред. 2016) указано, что особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского и фармацевтического характера регулируются статьей 82. Ряд положений о медицинском образовании содержится в статье 69 «Право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности» ФЗ № 323.

Реализация непрерывного образования медиков сменило призыв «Образование на всю жизнь» до «Образование через всю жизнь». Между тем в медицине причины и меры ответственности медицинских работников всегда особенно внимательно обсуждаются обществом, вплоть до ор

ГЛАВА 28. Ведомственная проверка с целью установления факта

ненадлежащего оказания медицинской помощи

I

245

ганизации разнохарактерных передач, статей и телешоу в средствах массовой информации обычно с обвинительным уклоном. Возросло число надзорных карательных учреждений, не считая общественных организаций и органов управления здравоохранением: страховые компании, органы Росздравнадзора, прокуратура, суд. Такая обстановка возникла с годами и сформировалась в связи с навязыванием обществу мнения об огромной ответственности медиков при отсутствии обязанностей граждан и пациентов. Государство тоже всегда недооценивало меры своей ответственности за низкий уровень основных показателей здравоохранения и отодвигало его значение от важных, по мнению государственников, сфер: промышленности, космоса, обороны, вооружения, государственной безопасности, как будто здоровье человека, населения в целом не есть основа безопасности и успеха во всех других областях деятельности человека.

При указанных выше дефектах медицинской помощи наступает юридическая ответственность медицинского персонала. Ежегодно в России судами рассматривается до тысячи исков по случаям причинения вреда здоровью в процессе лечения. Это значительно меньше, чем в США, что свидетельствует о том, что граждане России по разным причинам не обращаются с исковыми требованиями.

Юридическая ответственность — это правонарушение, в котором субъекты выполняют правовые веления, вытекающие из правовых запретов и правовых возможностей.

Подобные статьи выделены и в других нормативных документах федерального уровня, например в Федеральных законах «Об обязательном медицинском страховании», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан», «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и других. Но особенно защита прав граждан от нарушений, связанных с законными их интересами в отношении охраны жизни и здоровья, прописана в Трудовом и Административном, Гражданском и Уголовном кодексах РФ, на основных

246

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

положениях которых остановимся ниже.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В каких нормативных документах содержатся положения о социальной и правовой защите медицинского работника?
2. Чем отличается профессия практикующего медицинского работника от представителей другой немедицинской профессии?
3. Какие рекомендации по проверке качества оказанной медицинской помощи Минздрава СССР действуют и в настоящее время?
4. С какой целью и как проводится досудебная ведомственная административная проверка при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи?
5. Каковы методика и порядок досудебной ведомственной проверки?
6. Как и с какой целью проводится целевая экспертиза качества медицинской помощи страховыми учреждениями?
7. В каких случаях целевая экспертиза качества проводится обязательно?

ГЛАВА 29

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И СУДЕБНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО

РАБОТНИКА

О Письме Минздрава СССР от 12.06.87 N? 06-14/22, согласованном с Генеральной прокуратурой СССР, и составлении заключения о ведомственной служебной проверке уже написано в главе 28. Именно результаты этого документа, подписанного специалистами, в случае выявления нарушения в деятельности медицинского работника наряду с принятием организационных мер и дисциплинарного наказания являются поводом для возбуждения уголовного дела или отказа в этом.

После возбуждения уголовного дела или в процессе подготовки к судебному заседанию по гражданскому иску к медработнику или медицинской организации назначается производство судебно-медицинской экспертизы. Основой проведения судебно-медицинской экспертизы являются Уголовный или Гражданский кодексы РФ, а также УПК, ГПК, ФЗ от 31.05.2001 jNfe 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

При судмедэкспертизе по делам о правонарушениях медработников используется и ряд других нормативных документов. Так, VIII раздел «Особенности порядка организации и проведения дополнительных, повторных, комиссионных и комплексных экспертиз», изложеный в Приказе М3 РФ от 12 мая 2010 г. N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ», регламентирует порядок производства комиссионных экспертиз

248

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

по делам о профессиональных правонарушениях медработников. Более детально это приводится в Инструкции Главного СМЭ М3 РФ «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» от 29.09.2015 г. В ней, в частности, отмечается, что экспертная комиссия должна обязательно решать вопросы: 1) сущности наступившего исхода; 2) сущности недостатка оказания медпомощи: 3) наличия или отсутствия прямой причинной связи недостатка с наступившими последствиями; 4) степени тяжести вреда, причиненного здоровью действием медицинского работника.

Такая экспертиза всегда комиссионная, с участием соответствующих высококвалифицированных специалистов под председательством начальника экспертного учреждения. Она может быть первичной, дополнительной или повторной, поручаться как бюро СМЭ, так и государственным и негосударственным экспертным учреждениям РФ.

После регистрации постановление вместе с материалами уголовного или гражданского дела (подлинники медицинских документов, вещественные доказательства) передаются руководителю экспертного учреждения. Здесь они предварительно изучаются для установления их полноты и полноценности для ответа на поставленные вопросы. Затем зав. отделом сложных экспертиз в течение не более трех дней устанавливает необходимый объем, характер исследований, персональный состав экспертной комиссии. Если привлекаются эксперты из других учреждений, то предварительно об этом ставится в известность его руководитель. Следователь или руководитель экспертного учреждения разъясняет экспертам их права и обязанности в соответствии с УПК РФ, от имени следователя предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ, определяет примерный срок проведения экспертизы. Персональный состав экспертной группы определяет лицо, назначившее экспертизу, либо руководитель учреждения, которому поручено ее производство. В состав группы

ГЛАВА 29. Особенности предварительного и судебного

расследования при подозрении на профессиональное нарушение

249

I

приглашаются высококвалифицированные специалисты соответствующего медицинского профиля — хирурги, анестезиологи, травматологи, педиатры, акушеры-гинекологи, организаторы здравоохранения и другие специалисты. Порядок проведения комиссионных экспертиз подробно излагается в ряде статей гл. III Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». Так, в ст. 21-25 указано, что комиссионная судебно-медицинская экспертиза проводится несколькими, но не менее чем двумя экспертами одной или разных специальностей, и тогда она называется комплексной. Комиссия экспертов согласует цели, последовательность, объем исследований исходя из поставленных перед ней вопросов. Каждый член комиссии независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты и формулирует выводы. Один из экспертов, обычно назначаемый руководителем отдела или учреждения, является организатором, не отличаясь от других процессуально.

При производстве комиссионной экспертизы разными специалистами каждый проводит исследования в пределах своей специальности. В заключении указывается, какие исследования и в каком объеме провел, к каким выводам, за которые он подписывается и несет ответственность, пришел каждый эксперт. Если делается общий вывод, то указываются подробные основания и кем они установлены.

На завершающем совещании эксперты редактируют выводы, и эксперт-организатор зачитывает текст заключения. Если мнения всех экспертов совпадают, выводы подписываются всеми экспертами. Если у ряда экспертов мнение с членами комиссии не совпадает, они пишут свои выводы по всем вопросам либо по отдельным из них. Важно, чтобы выводы, несмотря на возможное различие во мнениях, были научно обоснованными.

Итак, особенности возбуждения и расследования уголовных дел при подозрении на профессиональные нарушения медицинских работников заключаются в следующем.

250

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. До возбуждения уголовного дела и в связи с предстоящим вынесением соответствующего постановления необходимо изучить и учесть результаты ведомственной служебной проверки, проведенной администрацией медицинской организации, а при ее отсутствии — предварительно назначить независимым квалифицированным специалистам служебную проверку. Делается это для того, чтобы оградить врача от необоснованного возбуждения дела и независимо от повода убедиться в наличии или отсутствии оснований для этого.
2. Изучению при расследовании подвергаются помимо обычных документов подлинники следующих документов: протокол осмотра места происшествия (трупа на месте не обнаружено); всех выполненных при расследовании данного дела заключений экспертов, в том числе экспертиз по материалам дела, экспертиз (исследований) вещественных доказательств; индивидуальной карты амбулаторного или стационарного больного, протоколов лечебно-контрольной комиссии, заключения ведомственной проверки; в случае наступления смерти — протокола патолого-анатомического исследования трупа или заключения (акта) судебно-медицинской экспертизы трупа (исследование трупа); результатов гистологического исследования биологического материала, других медицинских документов, имеющих отношение к случаю; результатов лабораторных исследований. При назначении повторной судебно-медицинской экспертизы представляются материалы первичной экспертизы. Необходимым является получение письменных объяснений лиц медицинского персонала, включая медицинских сестер, акушерок и других участвующих в оказании помощи больному. Делает это следователь по рекомендации судебно-медицинского эксперта — члена комиссии. Экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников не могут проводиться в городских и межрайонных отделениях бюро.
3. Учитывая необходимость и исключительную важность юридической квалификации действий (бездействия) меди

ГЛАВА 29. Особенности предварительного и судебного

расследования при подозрении на профессиональное нарушение

I

251

цинских работников и роль каждого участника для установления причины допущенных нарушений, следователь должен представить группе экспертов профессиональную характеристику медицинского работника, затребованную им у руководителя медицинской организации. В ней должны быть указаны стаж работы по специальности, данные о повышении квалификации, аттестационная категория, ученая степень, объем выполняемой работы, деловые и профессиональные качества работника.

1. В отличие от других у головных дел, при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников целесообразным является ознакомление их с результатами проведенной судебно-медицинской экспертизы, чтобы дать возможность внести разъяснение и подготовиться ответить на выводы экспертов. Но эту возможность может представить только следователь. Понятно, что от объективности, научного уровня и качества проведенной судебно-медицинской экспертизы зависит результат расследования или судебного разбирательства.
2. Следует иметь в виду, что любой медицинский работник может при вызове выступать в работе суда в качестве ответчика или свидетеля. К такому участию надо готовиться путем ознакомления с медицинскими документами.

Документ судебно-медицинской экспертизы называется «Заключение экспертов», состоит из трех частей (вводная, исследовательская и выводы), составляется в двух экземплярах, заверяется печатью учреждения, регистрируется, и не позднее трехдневного срока первый экземпляр вместе с материалами дела и присланными документами, вещественными доказательствами направляется в учреждение, назначившее экспертизу. Срок исполнения экспертизы, как правило, не должен превышать одного месяца.

<ф> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каков порядок решения вопроса о возбуждении дела при подозрении на профессиональное правонарушение медицинских работников?

252 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. В чем особенность назначения и производства судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников? Где и кем она проводится?
2. Какие нормативные документы составляют основу производства судебно-медицинской экспертизы по делам о привлечении медработников за профессиональные преступления?

А. В чем особенность производства судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников?

5. Какой документ составляется по результатам судебно-медицинской экспертизы в связи с профессиональным или должностным преступлением медицинского работника?

ГЛАВА 30

ВИДЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА: ДИСЦИПЛИНАРНАЯ, АДМИНИСТРАТИВНАЯ И ГРАЖДАНСКО- ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

В соответствии с законодательством различают дисциплинарную, административную, гражданско-правовую и уголовную ответственность, и все они в случае нарушения профессиональных или должностных обязанностей могут быть вменены медицинским работникам.

1. Дисциплинарная ответственность

Дисциплинарная ответственность медицинского работника — это частный вариант юридической ответственности, наступающей в случае нарушения трудовых обязанностей. Наступает она при нарушении работником трудовой дисциплины, т. е. неисполнения возложенных на него трудовым договором или инструкцией трудовых обязанностей.

Согласно ст. 192 Трудового кодекса РФ от 30.12.2001 N° 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016), администрация может применять, соблюдая определенный порядок, следующие взыскания: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям.

Уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников, а также коллективным (трудовым) договором в конкретном учреждении здравоохранения могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания. Например, отстранение от работы может быть в связи с нетрезвым состоянием работника, независимо от того, в алкогольном или наркотическом опьянении он находился. Отстранение может иметь место в связи с установ

254

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

лением бактерионосительства у медицинского работника, являющегося источником заражения инфекцией в лечебном учреждении.

Кодекс законов о труде предусматривает порядок дисциплинарных взысканий. До применения взыскания работодатель должен затребовать от работника письменное объяснение, а в случае отказа — составить соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни или отпуска работника. Взыскание не может быть применено позже шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии или проверки — позднее двух лет со дня его совершения. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно взыскание. Приказ о взыскании объявляется работнику под расписку в течение трех дней со дня издания.

Трудовые споры между работником и администрацией по вопросам применения законодательных или иных нормативных актов, коллективного и трудового договоров рассматриваются в комиссиях по трудовым спорам и в районных (городских) судах или с участием профсоюза.

Трудовое законодательство предусматривает порядок возмещения вреда, причиненного здоровью работника. Обычно это касается профессиональных заболеваний работников. На примере учреждений здравоохранения это может иметь место при нарушениях техники безопасности в радиологическом, рентгенологическом или других отделениях, несоблюдении санитарно-эпидемиологического режима в клинических, особенно инфекционном и туберкулезном, отделениях, патологоанатомическом или судебно-медицинском морге, при использовании неисправной техники или несоблюдении правил техники безопасности.

1. Ответственность по административному законодательству

Административная ответственность — это вариант юридической ответственности, наступающей в случае совершения

ГЛАВА30. Виды юридической ответственности I 255

медицинского персонала |

правонарушения, предусмотренного административным законодательством. Перечень таких нарушений приведен в Кодексе РФ об административных правонарушений (КоАП) от 30.12.2001 Л'о 195-ФЗ. Наиболее значимые из них — отказ в предоставлении гражданину информации, незаконное занятие частной медицинской практикой либо це- лительством, нарушения законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, незаконное занятие предпринимательской деятельностью, заведомо ложное заключение специалиста или эксперта. Административное законодательство предусматривает наказание как меру ответственности за совершенное административное правонарушение и применяется в целях предупреждения совершения новых правонарушений. Оно не может иметь своей целью унижение достоинства человека, или причинение ему физических страданий, или нанесение вреда его деловой репутации. Статья 3.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях приводит следующие виды административных наказаний:

1. предупреждение;
2. административный штраф;
3. конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;
4. лишение специального права, предоставленного физическому лицу;
5. административный арест;
6. административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства;
7. дисквалификация;
8. административное приостановление деятельности;
9. обязательные работы;
10. административный запрет на посещение мест проведения официальных спортивных соревнований в дни их проведения.

Административный кодекс предусматривает общие правила назначения наказания, условия, смягчающие и отяг

256 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

чающие ответственность. Административное правонарушение наступает при установлении факта нарушения проти- воэпидемиологических правил независимо от последствий. При их возникновении наступает уголовная ответственность по ст. 236 «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил» УК РФ. Субъектом таких правонарушений может быть медработник, исполняющий должностные или профессиональные обязанности, который должен быть ознакомлен в установленном порядке с соответствующими правилами.

1. Гражданско-правовая ответственность

медицинского персонала за профессиональные

преступления

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности — это вариант юридической ответственности, наступающей вследствие нарушения в области имущественных или личных неимущественных прав граждан в сфере здравоохранения в основном в форме возмещения причиненного вреда. Основной документ, составляющий нормативную базу гражданской ответственности, — Гражданской кодекс РФ, разные части которого принимались в разное время, как и многочисленные изменения. Важными для медицинской практики являются также Федеральные законы от 07.02.1992 .N'9 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. от 03.07.2016 N° 265-ФЗ); от 29.11.2010 N° 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (в ред. от 03.07.2016 N° 286-ФЗ).

Возмещение вреда, причиненного нарушением гражданских прав, является наиболее адекватным способом защиты прав граждан. В ГК РФ имеются ряд общих положений: вред, причиненный личности, возмещается в полном объеме; лицо, причинившее вред, освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен не по его вине, хотя это не всегда освобождает его от возмещения вреда; в возмещении вреда может быть отказано по согласию с потер-

ГЛАВА 30. Виды юридической ответственности

медицинского персонала

257

I

певшим, если это не нарушает нравственные принципы общества.

§ 2 части II ГК РФ (в редакции от 23.05.2016) посвящен возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью граждан. При определении ответственности за вред, причиненный жизни или здоровью гражданина, не делается различия, кто (например, врач) и при каких обстоятельствах (например, в процессе выполнения профессиональных обязанностей) нанес вред. Медицинский или фармацевтический работник, причинивший вред здоровью гражданина или спровоцировавший его смерть в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей, в случае определения его вины обязан возместить вред в объеме и порядке, установленных законом. Лицо, права которого нарушены, может потребовать полного возмещения причиненных ему убытков, если законом не предусмотрено возмещение в меньшем размере. Под убытками понимают расходы, которые лицо должно произвести для восстановления нарушенного права, утраты или повреждения имущества, а также неполученные доходы и выгоды. ГК РФ предусматривает два вида убытков: реальный ущерб и упущенную выгоду. Приведем пример из экспертной практики.

Районный суд рассмотрел иск гр-ки В. к стоматологической поликлинике в связи с некачественным протезированием зубов. Претензия истицы заключалась в том, что имел место продольный перелом протезированного корня третьего зуба верхней челюсти. Источником информации для экспертов была медицинская стоматологическая карта больного. В результате экспертизы специалистами установлено, что третий зуб болел не менее года и подвергался пломбированию канала. В выводах экспертов указано, что неудачное протезирование объясняется отсутствием надлежащей подготовки зуба к протезированию. Данное заключение явилось основанием для решения суда об удовлетворении иска, основанием которого явилась cm. 1096 ГК РФ, в которой написано, что исполнитель, ответственный за вред, причиненный вследствие недостатков услуг, обязан возместить убытки.

258

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

. МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В статье 1088 ГК РФ отмечается, что в случае потери кормильца право на возмещение вреда имеют: нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение на него содержания; ребенок, родившийся после его смерти; один из родителей, супруг либо другой член семьи, не работающий и занятый уходом за находящимися на иждивении детьми умершего, внуками, братьями, сестрами, не достигшими 14-летнего возраста. Вред возмещается до достижения 18 лет либо учащимся — до 23 лет, инвалидам на срок инвалидности, занятым уходом за детьми — до достижения ими 14-летнего возраста. Возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел или мог иметь, а также дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья. Суд принимает решение о возмещении указанных расходов на основании заключения проведенной судебно-медицинской экспертизы при установлении, что потерпевший действительно нуждается в этих видах помощи. Отдельно судом решается вопрос о праве потерпевшего на бесплатное получение различных видов медико-социальной помощи.

В возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинения вреда не нарушают нравственных принципов общества. Субъектом данного преступления может быть как гражданин, так и юридическое лицо (организация любой формы собственности). Практикующим медицинским работникам важно знать: лицо, причинившее вред, может освобождаться от возмещения его, если докажет, что вред причинен не по его вине, а также по ст. 1098 ГК РФ исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен из-за нарушения потребителем правил или условий договора.

Гр-ка В. oopamwiacb в частную медицинскую организацию по поводу косметической операции, направленной на реконструкцию век и лица в целом — блефаропластики, лифтинга лица. Между пациенткой и медицинской организацией был за- ключен договор о проведении указанных медицинских вмеша-

ГЛАВА 30. Виды юридической ответственности

медицинского персонала

259

I

тельств, в котором отдельным пунктом отмечено, что пациент обязуется «...выполнять все медицинские предписания фирмы как до операции, так и на весь послеоперационный и реабилитационный период...» Как агедует из медицинских документов, гр-ке В. nocjie соответствующего обследования в соответствии с договором проведены операции блефаропла- стики верхних и нижних век обоих глаз, лифтинг лица. После суточного пребывания в стационаре гр-ка В. отпущена домой с рекомендацией ежедневно являться для наблюдения и обработки операционных ран, перевязок. В индивидуальной карте пациента отмечено, что гр-ка В. в послеоперационном периоде не выполняла назначений врачей. Она самовольно применяла различные косметические средства для достижения косметического эффекта: перекись водорода 6%-ю для отбеливания; крем «Автозагар» для придания коже естественного цвета. В медицинской карте отмечены химические ожоги и лечение их врачами учреждения. Однако в результате лечения появились плоские обширные рубцы и участки гипопигментации на лице.

Гр-ка В. подала иск в суд, в котором указывается ее неудовлетворенность результатами операции, обосновывается размер исковой суммы по возмещению физического и морального вреда. Назначенная судом судебно-медицинская экспертиза проведена с участием косметологов, с обследованием гр-ки В., видеосъемкой ее лица. В выводах экспертами указано: «...изменение кожи лица — результат непоказанного применения веществ, вызвавших химические ожоги и нарушения пигментного обмена. В послеоперационный период гр-ка В. вне рекомендаций врача использовала противопоказанные медицинские и косметические препараты. Между этими действиями и возникновением на лице участков химических ожогов и гиперпигментации имеется прямая причинная связь. С учетом результатов экспертизы в иске гр-ке В. суд отказал.

Заключение договора является правовой защитой медицинского работника или медицинской организации от необоснованных требований не только пациентов, что видно

260

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

. МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

из приведенного выше примера. Для любого медицинского учреждения договор с пациентом (если его условия правомерны) переводит отношения сторон в правовое русло. Тем самым притязания ведомства и страховой организации и любых иных лиц на отрицание правомерности такого договора позволяют медицинскому работнику обратиться в суд, ибо толкование договора осуществляется судом. Значение условий договора в случае их неясности устанавливается путем сопоставления с другими условиями и смыслом договора в целом (ст. 431 ГК РФ).

Гражданским кодексом РФ особо оговорено (ст. 1094) возмещение расходов на погребение лицом, ответственным за вред, вызванный смертью потерпевшего. Пособие на погребение, полученное гражданами в счет возмещения вреда, не засчитывается, объем и размер возмещения вреда могут быть увеличены законом или договором. Интересы потерпевшего могут быть учтены в случае, если на день причинения вреда он имел реальную возможность получать более высокий заработок или доход. Гарантии погребения, предоставление материальной и иной помощи, отношения, связанные с погребением, изложены в Законе «О погребении и похоронном деле».

В случае увечья или иного повреждения здоровья лица, не достигшего 14 лет (малолетнего) и не имеющего заработка (ст. 1087 ГК РФ), лицо, нанесшее вред, обязано возместить расходы, вызванные повреждением здоровья. По достижении малолетним потерпевшим 14 лет, а также в случае причинения вреда несовершеннолетнему в возрасте от 14 до 18 лет, не имеющему заработка (дохода), лицо, ответственное за причиненный вред, обязано возместить потерпевшему, помимо расходов, вызванных повреждением здоровья, также вред, связанный с утратой или уменьшением трудоспособности. Наряду с ГК РФ для исполнения тех или иных статей разработаны подзаконные акты.

Министерство здравоохранения РФ подготовило законопроект «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи», который в 2013 г. пред

ГЛАВА 30. Виды юридической ответственности

медицинского персонала

J

261

ставлен в Государственную Думу. Он предусматривает денежную компенсацию пациенту нанесенного вреда без судебного рассмотрения, которое сейчас обязательно. Причем компенсация в таком случае может быть только в самых тяжелых случаях: инвалидности или лишения жизни, но независимо от наличия или отсутствия вины врача или медучреждения. При этом моральный вред законом не учитывается. В специальную комиссию Росздравнадзора будут входить представители регионального Минздрава, бюро МСЭ, медицинского профсоюза, страховой компании и врач-специалист.

1. Моральный вред: понятие и порядок компенсации

Под моральным вредом понимают нравственные и физические страдания, причиненные действием или бездействием, посягающие на жизнь и здоровье, достоинство личности, деловую репутацию, личную или семейную тайну и т. п., т. е. принадлежащие гражданину от рождения нематериальные блага. Гражданский кодекс РФ предусматривает компенсацию причиненного морального вреда, что при некоторых нарушениях наблюдается и в медицинской практике. Для компенсации морального вреда необходимы следующие основания: наличие вреда, противоправность действий причинителя вреда, причинно-следственная связь между причиненным вредом и этими противоправными действиями, вина причинителя вреда.

Например, в отношениях, подпадающих под действие Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», в деликтных, т. е. во внедоговорных, правоотношениях, связанных с противоправным причинением вреда (ст. 151, 152, 1099-1101 ГК РФ), проявляемое неуважение к пациенту; унижение его достоинства, причинение ему боли, страданий, когда их можно избежать.

Таким образом, ненадлежащее врачевание может приводить помимо прямого вреда жизни и здоровью человека и к моральному вреду, который подлежит компенсации, так как

262

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

нарушаются законные права пациента. В статье 1100 ГК РФ приводятся основания компенсации морального вреда. При причинении гражданину морального вреда действиями, нарушающими имущественные права, он подлежит компенсации только в случаях, предусмотренных законом, и осуществляется независимо от наличия имущественного вреда. Компенсация морального вреда может быть осуществлена, когда вред причинен жизни, или здоровью, или имуществу гражданина, либо вследствие распространения сведений, порочащих честь, достоинство, деловую репутацию, а также при незаконном осуждении или незаконном привлечении к уголовной ответственности, аресте или получении подписки о невыезде или в иных случаях. Приведем интересный случай из экспертной практики.

Гр-ка Д., работающая санитаркой родильного отделения ЦРБ, предъявила иск о компенсации морального вреда к лечебному учреждению, где она работает. Обстоятельства дела: в соответствии с существующим положением, прежде чем оформиться санитаркой в родильное отделение больницы, она прошла медицинское обследование, в том числе флюорографию, была признана здоровой и допущена к работе. После этого она неоднократно предъявляла жалобы на кашель, повышение температуры по вечерам, слабость, апатию. В поликлинику обращалась неоднократно, где поставили диагноз «пневмония», но только через полгода была направлена в туберкулезный диспансер, где выявили инфильтративный туберкулез нижней доли левого легкого. В своем исковом заявлении в суд гр-ка Д. отметила, что несвоевременная диагностика туберкулеза поставила ее в положение невольного источника заражения своих родственников и пациенток родильного отделения, где она работала. Это доставило ей переживания и чувство вины за близких и сослуживцев. Ответчики существо иска признали. Несмотря на то, что обследование не выявило вновь заболевших туберкулезом в окружении истицы, суд удовлетворил иск полностью.

ГЛАВА 30. Виды юридической ответственности

медицинского персонала

J

263

Гражданский кодекс в определенной степени считают вторым основным законом после Конституции РФ.

<?> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите нормативный документ, который посвящен дисциплинарной ответственности работника.
2. Перечислите виды дисциплинарных взысканий, приведенных в Трудовом кодексе РФ.
3. Назовите нормативный документ об административных правонарушениях.

k. Приведите перечень административных наказаний, предусмотренных административным законодательством.

1. Дайте определение и назовите свод законов, содержащих положения гражданско-правовой ответственности.
2. Перечислите федеральные законы, посвященные вопросам возмещения причиненного вреда жизни и здоровью граждан.
3. Когда может быть отказано в возмещении вреда?
4. В каких нормативных документах упомянуто о возмещении расходов на погребение?
5. Что означает моральный вред?
6. Кто и на каком основании решает вопрос о компенсации морального вреда?

ГЛАВА 31

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА СОВЕРШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ДОЛЖНОСТНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

1. Виды вины и содержание УК РФ

Уголовная ответственность — это вариант юридической ответственности, которая наступает при правонарушении медицинским работником уголовного законодательства, изложенного в Уголовном кодексе РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ (с изм. 2012 г.).

Особенная часть УК РФ начинается с раздела «Преступления против личности», первая глава которого «Преступления против жизни и здоровья» показывает, какие преступления современное уголовное законодательство считает наиболее «главными». Указанные правонарушения касаются и медицинского работника и применимы к его профессиональным действиям. Уголовное законодательство включает ряд преступлений, субъектом которых однозначно является медицинский работник, в том числе врач. Например, субъектом преступления по статье «Неоказание помощи больному» могут быть врач, фельдшер, медсестра, акушерка, т. е. дипломированный медицинский работник. То же самое может быть при заражении ВИЧ-инфекцией по статье 122, п. 4 УК РФ, при ненадлежащем исполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Большинство статей УК РФ имеют в виду не только медицинского работника, ибо субъектом подобных преступлений может быть и человек без медицинского образования. Например, причинение смерти по неосторожности (ст. 109), незаконное производство аборта (ст. 123), нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236), халатность (ст. 293) и другие преступления могут быть со-

ГЛАВА 31. Уголовная ответственность медицинских работников

за совершение профессиональных и должностных преступлений

265

I

вершены как медицинским работником при выполнении им профессиональных обязанностей, так и лицом без медицинского образования. Большинство статей, касающихся профессиональных преступлений медицинских работников, содержатся в главах 16 «Преступления против жизни и здоровья» и 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности». Отдельные статьи, в которых субъектом профессиональных преступлений является медик, встречаются также в главах 20 «Преступления против семьи и несовершеннолетних», 24 «Преступления против общественной безопасности», 26 «Экологические преступления», 30 «Преступления против государственной власти» и даже в главе 31 «Преступления против правосудия». В большинстве своем правонарушения совершаются при ненадлежащем врачевании. Мы имеем возможность остановиться только на некоторых наиболее часто встречающихся в судебной практике правонарушениях медработников.

1. Уголовная ответственность за причинение вреда здоровью, в том числе при оказании медицинской помощи

Приоритетность охраны здоровья от насильственных противоправных посягательств подтверждает система норм Особенной части УК РФ, которая открывается разделом VII «Преступления против личности». Такие повреждения и ответственность за них наступают наиболее часто.

Под вредом, причиненным здоровью человека, понимаются нарушения анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей человека в результате действия внешних факторов: физических — 75%, химических — около 20% и других. Порядок определения вреда •здоровью и установление степени его тяжести при проведении судебно-медицинской экспертизы основаны на «Правилах определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522.

266

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

При оказании медицинской помощи медицинский работник может причинить вред здоровью обычно по неосторожности. Этот вред чрезвычайно разнообразен, как и причины и условия его нанесения. Но чаще он возникает в результате небрежности, неосторожности, несоблюдения инструкций, принципиально неправильных или несвоевременных действий.

Приведем примеры некоторых конкретных повреждений, причинения медицинским персоналом тяжкого вреда здоровью, выявленного в разные годы в результате судебно-медицинской экспертизы, проведенной в бюро СМЭ Ростовской области. Это сквозное повреждение подключичной вены при катетеризации с ранением сердца, легкого с возникновением пневмоторакса; ампутация конечности с внесением инфекции в коленный сустав при диагностической пункции; ампутация конечности вследствие омертвения мягких тканей из-за слишком плотно и надолго наложенной гипсовой повязки; оставление салфетки, либо полотенца, либо ножниц, либо других инородных предметов в полости при оперативных вмешательствах с пагубными для здоровья последствиями; удаление по ошибке здорового органа вместо пораженного опухолью; неустановление поврежденных сосудов в околопочечной ткани при закрытой травме живота, приведшей к внутренней острой крово- потере; введение медсестрой вместо новокаина 30%-й цианистой ртути при обкалывании промежности по поводу зуда; переливание иногруппной крови и множество других дефектов медицинской помощи, которые иногда заканчивались смертью.

Тяжесть вреда здоровью человека устанавливается на основании квалифицирующих признаков, предусмотренных Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, >твержденных Постановлением Правительства от 17.08.2007 N9 522, а также медицинских критериев, утвержденных Приказом МЗиСР РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских кри-

ГЛАВА 31. Уголовная ответственность медицинских работников I 267

за совершение профессиональных и должностных преступлений |

терпев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». В соответствии со ст. 111\* 112 и 115 УК РФ вред может быть тяжким, средним или легким. Если действия, характеризующиеся многократными ударами, приводят к образованию ссадин, кровоподтеков или поверхностных ран, а также к отсутствию каких-либо объективных повреждений на теле (при наличии травмы и жалоб на физическую боль), они квалифицируются по ст. 116 УК РФ как «Побои», установление которых осуществляется органами дознания, следствия или суда, иногда с участием врача-специалиста. Побои (ст. 116) — это нанесение многократных (более трех) ударов, т. е. избиение потерпевшего тупым предметом, а также другие насильственные действия, причинившие физическую боль без последствий, указанных в ст. 115.

Другой способ нанесения повреждений, предусмотренный УК РФ, — истязание (ст. 117), т. е. причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями. Определение способа причинения повреждений является компетенцией следователя или суда.

1. Профессиональные преступления медицинских работников и отдельные статьи УК РФ, определяющие сущность преступления и отдельные его виды

Под профессиональным преступлением имеются в виду такие действия или бездействие медицинских работников, которые совершаются в процессе профессиональной их деятельности, с нарушениями, предусмотренными УК РФ.

Статья 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности», в частности, вменяется врачу или другому медработнику, когда при исполнении им профессиональных обязанностей он проявляет грубую невнимательность, преступную небрежность или легкомыслие, причинившие смерть паци

268

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

енту. Эта статья по отношению к медицинскому работнику применяется на практике в случае смерти пациента, когда с помощью судебно-медицинской экспертизы установлена прямая причинная связь между ее наступлением и действием (бездействием) медработника. Субъектом преступления по вышеуказанной статье может быть и средний медперсонал.

Мальчик, 10 лет, на свалке во дворе сельской больницы нашел красивые коробки с таблетками «миелосан». Таблетки оказались сладковатыми, и он съел несколько десятков штук. Через несколько дней появились боли в суставах и животе, общая слабость, кровотечение из десен, а позже — выпадение волос головы. Местные врачи установили диагноз: фотодерматоз. Через две недели в связи с ухудшением состояния совершенно лишенный волос мальчик поступил в больницу. Врачами отмечены множественные петехиальные кровоизлияния в кожу, некротический стоматит. Анамнез, клинические данные и результаты анализов крови (лимфопения, гигантский рост незрелых форм крови) позволили установить диагноз: острое отравление миелосаном. Через месяц от начала заболевания мальчик умер. При исследовании трупа, гистологическом исследовании костного мозга выявлено его поражение, что подтверждало диагноз клиницистов. Следствием установлено, что аптека в связи с истечением срока годности лекарства его списала, коробки с препаратом были выброшены на свалку, к которой имелся широкий доступ. Работники аптеки отделались дисциплинарными взысканиями, уголовное дело не было возбуждено, хотя преступление, предусмотренное cm. 109 УК, было очевидным и легко доказуемым.

Еще пример из архива Бюро СМЭ Ростовской области.

Женщине в кожном отделении городской больницы при обкалывании промежности по поводу зуда процедурная медсестра вместо новокаина ввела 30 мл раствора цианистой ртути. Как выяснили при расследовании, произошло это потому, что два одинаковых флакона на столе стояли рядом и, набрав в шприц первый раз новокаин, в последующем медсестра от

ГЛАВА 31. Уголовная ответственность медицинских работников I 269

за совершение профессиональных и должностных преступлений |

влеклась и стала пользоваться другим флаконом, с цианистой ртутью. Спохватилась она поздно, прекратила обкалывание. Больная после продолжительного лечения умерла от отравления ртутью.

Статья 118 УК РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности». Субъектом такого преступления является лицо, ненадлежаще исполнявшее профессиональные обязанности. Под ненадлежащими понимают действия, не отвечающие полностью или частично требованиям и предписаниям, современным научным представлениям медицинской науки и практики. Оно может наступить вследствие легкомысленности, самонадеянности и небрежности, когда лицо не предвидело возможности наступления таких последствий в результате своих действий или бездействия, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности могло бы их предвидеть. Это чаще касается врачей. Неосторожные действия среднего медперсонала могут выражаться в его участии при недостаточном обследовании больного и невыполнении специальных исследований, несвоевременной госпитализации и преждевременной выписке, недостаточной подготовке и небрежном выполнении хирургических операций или манипуляций, небрежном уходе и наблюдении за больными, несоблюдении медицинских инструкций и правил, небрежном применении лекарств или ведении медицинских документов, плохой организации медицинской помощи, в невежественных действиях.

Гр-ка Ф., 22 года, поступила в родильное отделение 25 ноября с диагнозом: беременность 42 недели. Роды протекали чрезвычайно вяло, появилась угроза гибели плода, поэтому 30 ноября произведена операция кесарева сечения, которую выполнил в экстренном порядке хирург К. Извлечен здоровый живой ребенок. Выписана женщина в срок, но вскоре вновь поступила в связи с болями в животе. При диагностической ла- паратомии в брюшной полости найдена марлевая салфетка,

270

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

„ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

спаянная с окружающей тканью. В результате этого развились грозные осложнения — фибринозно-гнойный перитонит, абсцессы кишечника. В срочном порядке выполнена операция — удаление матки с левым придатком и правой маточной трубой, удаление инородного тела. После этого последовали длительное лечение, неоднократные операции. Клешу следующего года больная полностью выздоровела, ей была установлена II группа инвалидности. По заключению экспертов, вред здоровью, причиненный гр-ке Ф. при операции кесарева сечения, привел к гнойно-септическому состоянию и перитониту, к необходимости удаления матки, ее придатка и правой маточной трубы. Эти повреждения квалифицируются как тяжкий вред вследствие наступления угрозы жизни и бесплодия. Причиной развившихся осложнений явилось оставление в брюшной полости марлевой салфетки во время операции кесарева сечения. Ответственность по cm. 118 УК РФ за причинение тяжкого вреда по неосторожности лежит на оперировавшем хирурге и операционной сестре.

Статья 120 УК РФ «Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации». Такое действие, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, наказывается лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового. Подробно правовая проблема трансплантации органов и тканей уже рассматривалась в связи с изложением Закона РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и - ст. 47 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 122 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией». Известно, что заражение ВИЧ-инфекцией в последние годы представляет большую опасность, поэтому эта статья предусматривает уголовную ответственность лица, знавшего о своей болезни и заразившего другого человека либо поставивше-

ГЛАВА 31. Уголовная ответственность медицинских работников I 271

за совершение профессиональных и должностных преступлений |

го его в опасность заражения ВИЧ-инфекцией. Часть 4 этой статьи субъектом преступления считает врача или медицинскую сестру, которые в результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей — несоблюдения инструкции, правил предосторожности при переливании крови или ее заменителей при различных инъекциях, операции заразили пациента ВИЧ-инфекцией.

Статья 123 УК РФ «Незаконное проведение искусственного прерывания беременности». Субъектом такого преступления является лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Статья 124 УК РФ «Неоказание помощи больному». Встречается в практике чаще других и предусматривает уголовную ответственность, если неоказание помощи больному повлекло тяжкий вред здоровью больного или его смерть. Субъектом данного преступления является лицо, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с законом или со специальным правилом. К уважительным причинам неоказания медицинской помощи суд может отнести болезнь самого медицинского работника в момент необходимости оказания медицинской помощи, стихийное бедствие, когда опасность угрожает врачу или его близким; обстоятельства, при которых врач оказывает помощь другому, более тяжелому больному, или когда он, являясь дежурным врачом, не может оставить вверенное ему лечебное учреждение.

Статья 128 УК РФ «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях» предусматривает уголовное наказание. Однако наказание отягощается, если те же деяния совершены лицом с использованием служебного положения либо повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия (ч. 2). Вопросы, связанные с порядком и основанием помещения в психиатрический стационар или проведением психиатрического обследования, подробно изложены в Законе РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав

272 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

граждан при ее оказании» (в ред. от 03.07.2016) и в Федеральном законе РФ от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в ред, от 08.03.2015).

Статья 153 УК РФ «Подмена ребенка» признает подобным преступлением такое, когда оно совершено с умыслом из корыстных или иных низменных побуждений, например замена неполноценного ребенка здоровым. Подмена заключается в замене одного ребенка другим в отличие от похищения. Чаще всего это бывает в роддоме. Ошибочная замена состава уголовного преступления не образует. Субъектом этого преступления, помимо родителей и других лиц, могут быть врач, медсестра, акушерка.

Согласно ст. 155 УК РФ «Разглашение тайны усыновления (удочерения)» считается совершенным преступлением, если вопреки воле усыновителя лицо, обязанное хранить факт усыновления как профессиональную или служебную тайну, либо иное лицо разглашает ее из корыстных или иных низменных побуждений.

Статья 223 УК РФ «Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества» предусматривает три вида самостоятельных преступлений. Субъектом преступления могут быть медицинские и фармацевтические работники, должностные лица медицинской организации и аптек. К этим преступлениям примыкают «Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества» (ст. 229 УК РФ) из государственных учреждений и предприятий любой формы собственности или у граждан, а также «Незаконная выда

ГЛАВА 31. Уголовная ответственность медицинских работников I 273

за совершение профессиональных и должностных преступлений |

ча либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ» (ст. 233 УК РФ). Незаконность выдачи рецепта на наркотики или психотропные вещества заключается в нарушении порядка его выдачи, предусмотренного Приказом М3 СССР от 30.12.1982 № 1311 «О мерах по устранению серьезных недостатков и дальнейшему усилению борьбы с наркоманиями, улучшению учета, хранения, прописывания и использования наркотических лекарственных средств» (с изм. от 12.11.1997).

Статья 234 УК РФ «Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта» к преступлениям относит незаконный оборот сильнодействующих и ядовитых веществ в целях сбыта, а равно незаконный сбыт сильнодействующих и ядовитых веществ, не являющихся наркотиками или психотропными веществами, либо оборудование для их изготовления или переработки. Списки сильнодействующих и ядовитых веществ для целей данной статьи и других статей УК утверждены Постановлением Правительства РФ от29.12.2007 № 964 (вред, от01.10.2012).

1. Должностные преступления медицинских работников

Должностным лицом считается лицо, осуществляющее функции представителя власти либо выполняющее организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах и органах местного самоуправления. Медицинские и фармацевтические работники относятся к должностным лицам, если занимают руководящие должности, выполняя организационно-распорядительные функции. Это главный врач, заведующий фармацевтическим предприятием, их заместители, заведующие отделами, отделениями, лабораториями, а также лица, временно исполняющие эти обязанности, например дежурный врач, либо выполняющие административно-хозяйственные функции (старшая медсестра).

274

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Статья 285 УК РФ «Злоупотребление должностными полномочиями». В ней отмечается, что злоупотребление — это использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это деяние совершено с корыстной целью или любой личной заинтересованностью и повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан, организаций, общества или государства.

Статья 286 УК РФ «Превышение должностных полномочий» предусматривает совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов граждан, организаций либо охраняемых законом интересов общества и государства.

Статья 292 УК РФ «Служебный подлог» — преступление, совершаемое с прямым умыслом, т. е. когда лицо, его совершившее, сознает, что подделывает официальные документы и желает этого из корыстных целей. Предметом этого преступления являются официальные документы — материальный носитель информации, например медицинская карта, листок нетрудоспособности, протокол патологоанатомического вскрытия или заключение эксперта.

Водитель автомашины ВАЗ-2103 гр-н Н, виновный в столкновении с другим легковым транспортом (пассажир которого получил тяжкий вред здоровью), был доставлен в БСМП. Дежурный отметил его нетрезвое состояние при поступлении. Однако при дальнейшем обследовании больного, которое проводилось через два часа после поступления в больницу, кем-то из медработников вписаны в медкарту данные о том, что при исследовании крови гр-на Н. алкоголь не обнаружен. В дальнейшем на суде нетрезвое состояние водителя гр-на И. было неопровержимо доказано как результатами химического лабораторного анализа, так и данными свидетелей. Суд признал водителя виновным в аварии и вынес частное определение о возбуждении уголовного дела за действия, которые квалифицировал как служебный подлог, к медицинскому работнику, вписавшему заведомо ложные сведения в медицинскую карту.

ГЛАВА 31. Уголовная ответственность медицинских работников

за совершение профессиональных и должностных преступлений

275

I

Статья 293 УК РФ «Халатность» трактует это деяние как неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан. В части 2 отмечается, что смерть человека или тяжкие последствия отягчают вину.

Мальчик 3 лет в детском саду случайно выпил раствор хюрной извести с каустической содой (применялся для замачивания белья). Он потеряi сознание, началась сильнейшая рвота с кровью. Медсестрой детсада провеоено промывание желудка, вызвана скорая помощь. Диагноз фельдшера — отравление чистящим средством. Доставлен в ЦРБ в 17 часов с указанным диагнозом, осмотрен заведующим детским отделением. Диагноз: ОРВИ, катаральная ангина. Выполнено без- зондовое промывание желудка Ребенок отправлен домой с рекомендацией обратиться к участковому педиатру. Осмотрен педиатром на дому, поставлен диагноз «химический ожог ро- тоглотки, пищевода». Затем помещен в детское отделение городской больницы, где поставлен диагноз «острое отравление прижигающим веществом». Констатировано тяжелое состояние, лечился два месяца с диагнозом «химический ожог пищевода и желудка, эрозивный эзофагит, рубцовое сужение пищевода >. Сделана операция — гастростомия, а затем операция закрытия гастростомы и бужирование пищевода. Судебно-медицинской экспертизой установлен тяжкий вред здоровью, а в обвинительном заключении случай квалифицировался как халатность ряда должностных лиц.

<3> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие статьи Уголовного кодекса РФ предусматривают ответственность за профессиональное преступление медицинского работника?
2. За какие виды причинения вреда здоровью наступает уголовная ответственность?

276 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Как следует трактовать понятие «ненадлежащее врачевание»?
2. В каких случаях медицинскому работнику может быть предъявлено обвинение в неоказании медицинской помощи?
3. Какие должностные преступления различают и каким медицинским работникам они могут быть предъявлены?

ГЛАВА 32

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ВИНУ И НЕОБОСНОВАННЫЕ ОБВИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

32.1. Обстоятельства, исключающие вину медицинских работников, совершивших противоправное действие

Уголовный кодекс РФ как источник уголовного законодательства устанавливает конкретное общественно опасное деяние, т. е. преступление, и приводит уголовную ответственность за него. Между тем он содержит и такие статьи, которые, учитывая особенность обстоятельств или случайное действие, несмотря на очевидные признаки преступления, не считают его таковым и освобождают от уголовной ответственности совершившее его лицо. Закон предусматривает такую возможность, чтобы учесть влияние определенных условий на характер действий или бездействия лица, чтобы дать возможность лицу выполнить обязанность даже путем нарушения закона и избежать уголовной ответственности. Такие обстоятельства встречаются в работе представителей ряда профессий, в том числе и медицинской. Особенно это касается таких специальностей, как хирургия, акушерство и гинекология, реаниматология и другие.

Крайняя необходимость. В медицине для устранения основной опасности и достижения цели — спасения жизни или во избежание причинения вреда здоровью больного — иногда приходится действовать в условиях крайней необходимости. Это предусмотрено ст. 39 УК РФ «Крайняя необходимость». Причинение вреда, в том числе здоровью, не является преступлением, если оно нанесено в состоянии крайней необходимости, т. е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам тех

278

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

или иных лиц при условии, что эта опасность не могла быть устранена иными средствами. Вместе с тем в ст. 39 отмечается недопустимость превышения пределов крайней необходимости, которым признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась и причинялся вред более значительный, чем предотвращенный. Такое превышение влечет за собой уголовную ответственность только в случаях умышленного причинения вреда.

Истинная грозящая опасность должна быть: наличной (в данном случае обильная кровопотеря), т. е. непосредственно угрожающей причинением тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни; действительной, т. е. реально существующей, а не мнимой; не устранимой другими средствами, кроме использованной врачами (удаление источника опасной острой кровопотери). Наконец, еще одно условие состоит в том, чтобы реально нанесенный вред, например, удаление матки) был менее значителен, чем тот, из-за которого он причинен.

Обоснованный риск. Не менее часто в медицинской практике встречается еще одно обстоятельство, при котором совершенное преступное деяние не является преступлением, — это обоснованный риск. Профессия врача (и особенно некоторые ее специальности, как сказано выше) предусматривает риск, ибо главная его задача — оказание помощи больному, что нередко требует неординарных действий с учетом древней заповеди «не навреди». В США среднестатический врач рискует в 37% случаев оказания медицинской помощи, вероятность риска у хирургов встречается в 50% случаев, у акушеров-гинекологов — в 67% случаев. Возможность использовать право на риск гарантирована врачу или другому медработнику, являющемуся источником, порождающим опасность причинения вреда правоохраняемым интересам пациента, статьей 41 УК РФ «Обоснованный риск».

В ней прямо отмечается, что не является преступлением причинение вреда при обоснованном риске для достиже-

ГЛАВА 32. Обстоятельства, исключающие вину

и необоснованные обвинения медицинских работников

279

J

ния полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием), и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда. Отсутствие этой статьи в УК РФ ограничивало бы действия медицинского работника во вред пациенту потому, что врач при наличии риска бездействовал бы или выбирал менее опасные, но ненадежные методы. Однако оправдание медицинского работника в конкретной ситуации может быть законным только в том случае, если соблюдаются определенные условия. Прежде всего, действия должны быть направлены только для достижения общественно полезных целей, к которым в медицинской практике относятся сохранение жизни и здоровья пациента или причинение меньшего вреда здоровью по сравнению с имеющимся. Риск правомерен, если цель не могла быть достигнута обычным способом, который, возможно, был бы использован без результата. Обоснованный риск, в отличие от крайней необходимости, носит лишь вероятностный характер, когда причиненный вред возможен, но необязателен, в то время как при обстоятельствах крайней необходимости вред причиняется умышленно для достижения главной цели — устранения большей опасности.

Врач сельской участковой больницы в сопровождении медицинской сестры доставляла машиной скорой помощи травмированного поме наезда автомашины пятилетнего ребенка в травматологическое отделение областной больницы. В пути следования состояние ребенка резко ухудшилось, проявились клинические признаки критического состояния. Решив, что наступает смерть, врач не бездействовала, а с помощью медсестры произвела катетеризацию подключичной артерии и начала инфузионную терапию прямо в машине. В областную больницу ребенок был доставлен живым, но в тяжелом состоянии, с АД 80 на 40. Несмотря на принятые меры, к концу суток появились признаки резкого ухудшения состояния и наступила смерть.

280

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

При вскрытии обнаружены признаки закрытой травмы груди с переломами ребер, ушибом сердца, кровоизлиянием в ткань левого легкого, полученные при ДТП. Кроме того, выявлены признаки патологии терапии — сквозной прокол правой подключичной вены и верхушки легкого, наличия в правой плевральной полости до 800 мл жидкости (инфузионного раствора). Эксперты, установив причину смерти — тяжелая травма груди, указали на повреждение легкого при катетеризации, ускорившее наступление смерти. Вместе с тем они обратили внимание на необходимость, с одной стороны, срочной доставки больного в специализированное учреждение, с другой — на неотложное оказание реанимационной помощи в виде катетеризации ребенка. Последняя проводилась в неблагоприятных условиях, при которых врач не устранился, а пошел на рискованное действие. В связи с этими обстоятельствами было отказано в возбуждении уголовного дела.

Невиновное причинение вреда здоровью. К статье 28 УК РФ «Невиновное причинение вреда» относят причинение вреда, когда лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий либо не предвидело наступления таких последствий и по обстоятельствам дела не могло их предвидеть. Другим видом невиновного причинения вреда по этой статье могут быть случаи, когда лицо, его совершившее, хотя и предвидело наступление опасных последствий своих действий, но в силу экстремальных условий или несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам, в которых оно находилось, не могло их предотвратить. Подобные обстоятельства тоже бывают в медицинской практике.

Следует отметить, что во всех подобных случаях на стадиях предварительного расследования и судебного разбирательства основанием для признания отсутствия вины или невиновного причинения вреда является заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы с участием

ГЛАВА 32. Обстоятельства, исключающие вину

и необоснованные обвинения медицинских работников

I

281

высококвалифицированных специалистов, которое может быть положено в основу отказа в возбуждении дела или обвинительного заключения.

1. Необоснованные обвинения медицинских работников

В новых условиях, когда в суды стало поступать значительно большее количество гражданских исков с требованием возмещения физического и морального вреда, участились случаи заведомо ложных обвинений медицинского персонала в неправильном лечении, которое, по мнению истцов, без всякой экспертизы, находится в прямой причинной связи с наступившими последствиями. При этом они нередко указывают на наличие дефектов медицинской помощи и скрывают факты своего неправильного отношения к рекомендациям специалистов, к назначениям врачей. Цель подобных обращений становится понятной, когда видишь астрономические исковые суммы, требуемые с медицинских учреждений.

Приведем два наблюдения судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам, в которых истцы заведомо ложно обвиняли медицинских работников в наступивших неблагоприятных исходах.

Гр-н К., 25лет, обратился в районную поликлинику с жалобами на повышение температуры, кашель, насморк, общее недомогание. В результате обследования установлен диагноз ОРЗ и назначено медикаментозное лечение. В течение последующих дней он неоднократно вызывал на дом бригаоы скорой помощи, врачам которых предъявля*.1* те же жалобы. В картах вызова скорой помощи постоянно отмечалось невыполнение больным назначения врачей: отказ от приема назначенных лекарств, несоблюдение постельного режима. Через неделю гр-н К. обратился в поликлинику к участковому врачу с жалобами на появившуюся боль в левом глазу. Был поставлен диагноз «острый конъюнктивит», больной направлен к офталь

282

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

мологу. По этому поводу он дважды вызывал скорую помощь, врачи которой фиксировали общее удовлетворительное состояние и рекомендовали обратиться к офтальмологу. Вместо этого больной вызвал участкового терапевта, который поставил диагноз «острый этмоидит» и дал направление на стационарное лечение. В тот же день он был госпитализирован в ыазное отделение, где была диагностирована флегмона орбиты, проводилось обследование и поставлен диагноз «тромбоз кавернозного синуса, гнойный этмоидит, флегмона левой орбиты». Проведено оперативное и медикаментозное лечение, ликвидированы опасные для жизни явления. Исходом заболевания стала частичная атрофия зрительного нерва, помутнение роговицы, практически полная слепота левого г:аза, в связи с чем гр-н К. признан инвалидом II группы.

Гр-н К. обратился в суд. В исковом заявлении он указал, что считает врачей поликлиники, станции скорой помощи и глазного отделения райбольницы виновными в несвоевременной диагностике, несвоевременной госпитализации, неправильном хирургическом лечении, что, по его мнению, предопределило его инвалидность, в связи с чем потребовал возместить причиненный врачами физический и моральный вред в 800 000руб.

Этот случай показывает, как невыполнение больным назначений врача, отказ от приема прописанных врачом лекарств и несоблюдение постельного режима, зафиксированные в медицинских документах, привели к осложнению — болезни левого глаза. После установления участковым врачом диагноза «острый конъюнктивит» больной был направлен к окулисту. Однако он проигнорировал эту рекомендацию и в течение трех дней вызывал врачей скорой помощи, которые также рекомендовали ему обратиться к вра- чу-офтальмологу. Только на четвертый день, когда болезнь зашла уже далеко, он был помещен в стационар. Воспалительное заболевание глаза прогрессировало. Многоплановое, включая оперативное, лечение было правильным и сохранило жизнь больному, но лишило его зрения на левый глаз. Это явилось основанием подать жалобу на врачей по-

ГЛАВА 32. Обстоятельства, исключающие вину

и необоснованные обвинения медицинских работников

283

I

ликлиники, скорой помощи, рекомендации которых он неоднократно игнорировал. На основании заключения судебно-медицинской экспертной комиссии суд признал жалобу необоснованной и отказал в иске.

Следует отметить, что никакой врач не может вылечить больного без его участия, и если уж предъявлять претензии, то скорее в адрес пациента врачам, которые вначале попусту тратили время, а после госпитализации вынуждены были расходовать значительные средства и силы только потому, что больной безответственно относился к собственному здоровью. Поэтому компенсацию за моральный ущерб надо было бы получить врачам с безответственного больного, но таких законодательных положений нет.

Платные медицинские услуги чаще всего имеют место при оказании стоматологической помощи. Очевидно, поэтому чаще всего здесь встречаются исковые требования пациентов. Мы уже останавливались на них в разделе о гражданской ответственности врачей, когда причиной неблагоприятного исхода были врачебные дефекты. Следующее наблюдение показывает, как пациент умышленно предъявляет врачу необоснованный иск на крупную сумму за полученное в пьяной драке повреждение, а тот вынужден искать защиты в суде.

Гр-н И., 44 года, обратился в районную стоматологическую поликлинику. В результате обследования установлен диагноз «периодонтит шестого зуба нижней челюсти справа, разрушение коронки». Было предложено удаление корней зуба, на что больной дал согласие. В этот же день под местной анестезией зубным врачом была произведена экстракция зуба. В записи отражено, что операция прошла без технических осложнений, скольжений. В этот же день во время распития спиртных напитков возле пивного ларька И. подрался, ему нанесли удар в область нижней части лица, после чего он упал. Был доставлен в райотдел милиции, откуда направлен в травмпункт, врач которого на основании рентгенографии установил перелом горизонтальной ветви в области

284

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

пятого зуба без смещения отломков. На следующий день больной И. явился к врачу-стоматологу и заявил, что, не имея высшего образования и достаточного опыта, она накануне при удалении зуба сломала ему челюсть. Чтобы «замять дело», он nompeooeaji у врача крупную сумму денег за причиненный ущерб, пригрозив, что при отказе подаст заявление в милицию.

В тот же день в милицию принесли заявления одновременно два гражданина — больной И. и врач, которая написала заявление о факте вымогательства. По делу была назначена судебно-медицинская экспертиза, в ходе которой получены доказательства перелома ветви нижней челюсти справа на уровне четвертого зуба, по локализации и механизму не соответствующего манипуляции, связанной с удалением зуба. Было доказано, что такой перелом на уровне пятого зуба возник от направленного действия в нижнюю челюсть (удара) снизу вверх и что исключено возникновение подобного перелома при удалении шестого зуба. Иск судом был отклонен.

В приведенных случаях надлежащим образом оформленные медицинские документы позволили экспертам сделать научно обоснованные выводы, отвергнуть заведомо необо- . снованные претензии истцов. Не комментируя нравственную сторону такого рода жалоб, мы обращаем внимание на необходимость воспитания у медицинских работников чувства профессиональной настороженности.

Ф КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите источник и общее содержание уголовного законодательства.
2. Приведите примеры глав и статей, которые могут вменяться медицинским работникам за профессиональные преступления.
3. Что такое вред здоровью и по каким статьям УК РФ он предусмотрен?
4. Когда в соответствии с УК РФ вина может быть исключена, несмотря на причинение вреда здоровью?
5. Возможные причины необоснованных обвинений медработников.
6. Как устанавливается необоснованность обвинений медицинских работников?

ГЛАВА 33

ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Экспертиза (от лат. expertus — опытный, сведущий) — это исследование объектов с целью разрешения каких-либо вопросов, требующих специальных знаний в этой области, лицом — экспертом. Виды медицинских экспертиз перечислены в главе 7 «Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Это экспертизы:

1. временной нетрудоспособности;
2. медико-социальная;
3. военно-врачебная;
4. судебно-медицинская и судебно-психиатрическая;
5. профессиональной пригодности и связи заболевания с профессией;

Экспертиза качества медицинской помощи.

1. Экспертиза временной нетрудоспособности (ст. 59) проводится с целью оценки состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, установления возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определения степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Устанавливается в соответствии с рядом ведомственных приказов и инструкций чаще всего лечащим врачом и клинико-экспертной комиссией медицинской организации. Временную нетрудоспособность удостоверяют листок нетрудоспособности или справка установленной формы.

1. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) предусмотрена ст. 60. Это определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных не временным, а стойким расстройством функций организма. К учреждениям госу-

286 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

дарственной службы МСЭ относятся бюро медико-социальной экспертизы.

На государственную службу медико-социальной экспертизы возлагаются следующие обязанности: определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; определение степени профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание, и другие.

1. Военно-врачебная экспертиза (ст. 61) предназначена для определения годности к военной службе (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военноучетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью); установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы).
2. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией (ст. 63) выделена отдельно с целью определения состояния здоровья гражданина относительно особенностей его профессиональной деятельности или особенностей производства.

5.Экспертиза качества медицинской помощи впервые введена ст. 64 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Подробно рассмотрена в главе 16.

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы (ст. 62) осуществляются на основе ФЗ от 31.05.2001 N° 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», УК и ГК РФ, УПК и ГПК РФ и ряда других нормативных документов, а также ведомственных правил и инструкций.

Различают также независимую медицинскую экспертизу.

Статья 7 ФЗ N° 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности» указывает, что эксперт при производстве судебных экспертиз не может находиться в какой-либо зави

ГЛАВА 33. Виды медицинских экспертиз

287

симости от органа или лица, назначившего экспертизу, как и от других сторон, заинтересованных в исходе дела. Существует мнение, что негосударственная экспертиза независима и не имеет основания, так как ее проведение оплачивается одной из сторон. Что же касается несудебных медицинских экспертиз — экспертизы качества медицинской помощи и профессиональной пригодности, связи заболеваний с профессией, экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной, а также военно-врачебной экспертизы, то в качестве альтернативы может быть назначена независимая экспертиза.

Судебно-медицинская экспертиза проводится в государственных учреждениях либо в частных организациях.

В соответствии со ст. 196 УПК РФ в редакции 01.05.2016 г. (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2016) назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

1. причины смерти;
2. характер и степень вреда, причиненного здоровью;
3. психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;
   1. психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше восемнадцати лет в совершении преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста четырнадцати лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии);
   2. психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией;
4. психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

288 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I \* МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

Различают первичную экспертизу, когда она проводится впервые. Дополнительную, если первичная была недостаточно ясной или неполной (не все объекты представлены, не все обстоятельства учтены, не все вопросы получили разрешение). Такую экспертизу целесообразно проводить эксперту, который проводил первичную экспертизу, но дополнительная экспертиза может быть выполненной и другим экспертом. В случаях возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах эксперта или экспертов по тем же вопросам может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту. Причем в законе не указано, у кого возникли эти сомнения (стороны обвинения, стороны защиты, прокурора, наблюдающего за законностью следствия). Наконец, во всех случаях сложных экспертиз, в том числе когда эксперт единолично не может решить поставленный вопрос, он решается группой экспертов. Эту экспертизу, упомянутую в Законе № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности», называют комиссионной. Таковая проводится группой не менее двух специалистов. Она может иметь в составе экспертов одной или разных специальностей (комплексная экспертиза). К ним часто относятся повторные экспертизы и всегда экспертизы при подозрении на правонарушения медицинских работников. В состав такой комиссии включают специалистов разных отраслей медицины. Состав комиссии может назначаться следователем или судом, но чаще это поручается делать начальнику бюро СМЭ или назначенным им зав. отделом сложных экспертиз Бюро СМЭ.

Любая судебная экспертиза назначается правоохранительными органами, т. е. сотрудниками дознания (МВД), следствия (СК), ФСБ, таможенной, налоговой службы, судом — путем вынесения постановления или определения

ГЛАВА 33. Виды медицинских экспертиз

J

289

суда о назначении экспертизы. ФЗ от 04.03.2013 № 23-ФЗ в часть 1 статьи 144 УПК РФ внес изменение, которое позволяет следственным органам при получении сообщения о преступлении до возбуждения дела назначать судебно-медицинскую экспертизу и проводить другие следственные действия. Объектом обследования (исследования) могут быть живые люди, трупы людей, документы (медицинские или юридические, например, уголовное дело), а также вещественные доказательства (одежда со следами выделений человека и др.). Результатом экспертизы является документ, который называется «заключением эксперта», результатом обследования — «акт судебно-медицинского исследования» или «акт медицинского обследования (живого человека)».

<3> КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Приведите виды медицинских экспертиз.
2. Когда, кем и с.какой целью проводится медико-социальная экспертиза?
3. Когда, кем и с какой целью проводится экспертиза качества медицинской помощи и установления связи заболевания с профессией?
4. Судебные экспертизы в медицине, нормативные основания.
5. Порядок назначения и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз.
6. Когда в соответствии с УПК РФ назначение экспертизы обязательно?
7. Виды судебно-медицинских экспертиз.
8. Что понимается под независимой экспертизой и в каких случаях она может быть проведена?
9. Каковы права и ответственность судебного эксперта?

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Тестовый контроль по курсу  
«Правовое обеспечение деятельности медицинского

персонала»

1. Какой Федеральный закон РФ является основным базовым в сфере охраны здоровья граждан ?
2. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
3. «Об основах труда в Российской Федерации»;
4. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
5. «Об обращении лекарственных средств»;
6. «Об обязательном медицинском страховании».
7. Какой из перечисленных нормативных документов является самостоятельным законом ?
8. «Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья»;
9. «Основные принципы охраны здоровья»;
10. «Полномочия государственной власти и местного самоуправления за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья»;
11. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
12. «Организация охраны здоровья в России».
13. Что из перечисленного относится к основным принципам охраны здоровья ?
14. соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья;
15. ответственность органов государственной власти и местного самоуправления за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
16. соблюдение врачебной тайны;

ПРИЛОЖЕНИЯ

J

291

1. приоритет охраны здоровья детей;
2. доступность и качество медицинской помощи.
3. Что относится к понятию «охрана здоровья граждан» ?
4. система мер политического, экономического и социального характера, осуществляемая органами государственной власти;
5. система мер научного, санитарно-эпидемиологического и медицинского характера, направленная на сохранение и укрепление здоровья человека;
6. меры, осуществляемые органами государственной власти РФ для оздоровления населения в целом;
7. меры, осуществляемые органами местного самоуправления, направленные на оздоровление и профилактику заболеваний граждан данного региона;
8. нормативные документы РФ и субъектов Федерации, направленные на сохранение и укрепление здоровья граждан.
9. Разглашение каких из перечисленных сведении, составляющих врачебную тайну, в каких условиях и целях допускается без согласия гражданина или его законного представителя ?
10. при угрозе распространения инфекционного заболевания;
11. в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему;
12. по запросу органов дознания, следствия и суда;
13. в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого есть подозрения, что вред здоровью причинен противоправными действиями;
14. в случаях несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.
15. Что включает понятие «медицинское вмешательство» ?
16. все мероприятия, выполняемые медицинским работником при оказании медицинской помощи;

292

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

\* МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. мероприятия, относящиеся к первичной медицинской помощи;
2. искусственное прерывание беременности;
3. комплекс медицинских услуг, направленных на профилактику, диагностику и лечение;
4. профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи.
5. Какие виды медицинской помощи предусматривает ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ?
6. медицинская помощь;
7. первичная медико-санитарная помощь;
8. скорая медицинская помощь;
9. специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь;
10. паллиативная медицинская помощь.
11. Что включает Федеральный закон Лг° 323 в &шву «Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродукционного здоровья»?
12. права семьи, беременных женщин, матерей и рождение ребенка;
13. права несовершеннолетних;
14. применение репродукционных технологий;
15. искусственное прерывание беременности;
16. медицинская стерилизация.
17. Какие виды медицинских экспертиз вы знаете?
18. временной нетрудоспособности;
19. медико-социальная;
20. военно-врачебная;
21. судебно-медицинская;
22. судебно-психиатрическая.
23. Какие виды экспертиз, кроме судебно-медицинской и судебно-психиатрической, приводит Федеральный закон от 21.11.2011 №323?
24. экспертиза профессиональной пригодности;

ПРИЛОЖЕНИЯ

J

293

1. экспертиза связи заболевания с профессией;
2. независимая медицинская экспертиза;
3. экспертиза качества медицинской помощи;
4. патологоанатомическая экспертиза.
5. Какие трупы подлежат обязательному патологоанатомическому вскрытию ?
6. в случае смерти от инфекционного заболевания;
7. в случае смерти от онкологического заболевания;
8. при отсутствии оснований поставить заключительный клинический диагноз;
9. при подозрении смерти от передозировки или непереносимости лекарственных средств;
10. при рождении мертвого ребенка.
11. Какие виды контроля медицинской деятельности предусматриваются современным законодательством?
12. государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
13. ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
14. контроль правоохранительных органов при подозрении на правонарушения;
15. контроль налоговой службы при подозрении на финансовые нарушения коммерческих медицинских организаций;
16. внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
17. Какую ответственность несут медицинские работники при ненадлежащем оказании медицинской помощи ?
18. административную;
19. дисциплинарную;
20. гражданско-правовую;
21. уголовную;
22. морально-этическую.

294

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Какие сведения включает персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности?
2. сведения о медицинском персонале медицинской организации;
3. сведения о лицах, осуществляющих медицинские услуги;
4. сведения о врачах, имеющих взыскания или определенные заслуги;
5. сведения о лицах, которым оказываются медицинские услуги;
6. сведения о заработке и доходах пациентов.
7. В чем заключаются обязанности медицинских организаций ?
8. оказывать гражданам экстренную медицинскую помощь;
9. осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ и стандартами медицинской помощи;
10. информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных и территориальных программ гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
11. соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;
12. обеспечивать применение разрешенных лекарственных препаратов, продуктов лечебного питания, медицинских изделий.
13. Какие из приведенных ниже мероприятий входят в обязанности медицинских организаций ?
14. предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах;
15. информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осущест

ПРИЛОЖЕНИЯ

I

295

вляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках и уровне их квалификации;

1. обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с федеральным законом;
2. осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом;
3. вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечивать учет и хранение.
4. Какая статья Конституции РФ гарантирует право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь ?
5. статья 20;
6. статья 22;
7. статья 39;
8. статья 41;
9. статья 42.
10. Назовите основные законы РФ, регулирующие деятельность медицинских работников.
11. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
12. «О страховании врачебной ошибки»;
13. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
14. «Об обязательном медицинском страховании в РФ»;
15. «Об обращении лекарственных средств».
16. Назовите основные федеральные законы, принятые в сфере здравоохранения.
17. «О трансплантации органов и тканей»;
18. «О погребении и похоронном деле»;
19. «Об отношении к эвтаназии»;
20. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
21. «Об охране окружающей среды».

296

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

‘ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Что такое медицинское право ?
2. морально-этические требования, предъявляемые к медицинским работникам;
3. комплексная отрасль правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности;
4. отрасль права, регулирующая работу медицинских лечебных учреждений;
5. система норм, отраженных в Уголовном и Гражданском кодексах;
6. учебная дисциплина об организации охраны здоровья граждан.
7. Что следует называть преступлением?
8. проступок, причиняющий материальный вред обществу или личности;
9. психическое отношение лица к своему поступку;
10. виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное законом;
11. умышленное действие, причиняющее вред;
12. нарушение административного законодательства.
13. Какие формы вины различает закон?
14. гражданская;
15. неосторожная;
16. государственная;
17. умышленная;
18. уголовная.
19. Какие условия доказывают обстоятельства крайней необходимости ?
20. реально существующая опасность для жизни личности;
21. угроза личной репутации;
22. опасность, не устраняемая иными средствами, не связанными с причинением вреда;
23. превышение пределов самообороны;
24. условия необоснованного риска.

ПРИЛОЖЕНИЯ

I

297

1. Лечебные учреждения к медицинской деятельности допускаются:
2. по указанию Министерства здравоохранения;
3. после прохождения стандартизации;
4. после прохождения аккредитации;
5. после получения лицензии;
6. всеми вышеперечисленными.
7. Формы медико-социальной помощи:
8. первичная медико-санитарная помощь;
9. реанимационная помощь;
10. специализированная медицинская помощь;
11. скорая медицинская помощь;
12. паллиативная медицинская помощь.
13. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона могут быть произведены:
14. женщине от 16 до 45 лет;
15. женщине, состоявшей в браке;
16. вне зависимости, состоит ли в браке;
17. женщине, не состоявшей в браке;
18. женщине от 18 до 35 лет.
19. Система здравоохранения в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан»:
20. государственная;
21. страховая;
22. муниципальная;
23. смешанная;
24. частная.
25. Вторую квалификационную категорию врач может получить при наличии:
26. 10 лет врачебного стажа;
27. 10 лет общего трудового стажа;
28. 5 лет врачебного стажа;
29. ученой степени;
30. 3 лет врачебного стажа.

298 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Основополагающий ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» был принят в:
2. 1993 г.;
3. 1999 г.;
4. 2011 г.;
5. 2000 г.;
6. 2006 г.
7. Какая медицинская экспертиза устанавливает вменяемость граждан?
8. медико-социальная;
9. судебно-медицинская;
10. психологическая;
11. независимая;
12. судебно-психиатрическая.
13. Пациенты имеют право на облегчение боли при заболеваниях и медицинских вмешательствах:
14. только в учреждениях стоматологической службы;
15. при всех видах медицинской помощи;
16. при проведении оперативного вмешательства;
17. при проведении медицинских экспериментов;
18. при оказании медицинской помощи в медицинской организации.
19. Независимая экспертиза проводится в отношении:
20. экспертизы качества медицинской помощи;
21. судебно-медицинской экспертизы;
22. судебно-психиатрической экспертизы;
23. военно-врачебной экспертизы;
24. медико-социальной экспертизы.
25. Лицо, закончившее только 3 курса медицинского вуза, может быть допущено к медицинской деятельности в качестве:
26. целителя;
27. врача-специалиста;

ПРИЛОЖЕНИЯ

I

299

1. врача-эксперта;
2. среднего медицинского работника;
3. все ответы правильные.
4. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины может быть проведено при сроке беременности:
5. до 12 недель;
6. до 16 недель;
7. до 22 недель;
8. независимо от срока.
9. Искусственное прерывание беременности при социальном показании проводится при сроке:
10. до 10 недель;
11. до 12 недель;
12. до 15 недель;
13. до 22 недель;
14. независимо от срока.
15. Кем устанавливается наличие социального показания для искусственного прерывания беременности ?
16. правительством субъекта Федерации;
17. консилиумом врачей;
18. Министерством здравоохранения регионального уровня;
19. Правительством РФ;
20. Министерством здравоохранения РФ.
21. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится:
22. до 12 недель;
23. до 22 недель;
24. до 36 недель;
25. не проводится;
26. независимо от срока.

300

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Медицинская стерилизация в Российской Федерации:
2. допускается только по решению суда;
3. допускается в отношении женщин, достигших возраста 35 лет;
4. допускается только по решению медицинской ассоциации;
5. допускается в отношении лиц, имеющих не менее двух детей, по их просьбе;
6. запрещена в РФ.
7. При отказе взрослого пациента от медицинского вмешательства следует:
8. сообщить об этом в органы внутренних дел;
9. информировать пациента о возможных последствиях;
10. оформить отказ от медицинского вмешательства по установленной форме;
11. получить расписку по принятой форме об отказе от медицинского вмешательства;
12. оповестить Министерство здравоохранения субъекта Федерации.
13. При отказе несовершеннолетнего пациента от медицинского вмешательства следует:
14. сообщить об этом в органы управления здравоохранением;
15. информировать родителей пациента;
16. оформить отказ от медицинского вмешательства по установленной форме с подписью родителей, а при их отсутствии — опекунов;
17. получить расписку по принятой форме об отказе от медицинского вмешательства;
18. информировать законных опекунов.
19. Госпитализация лиц, страдающих психическими заболеваниями, без их согласия или с сог/*1*асия законных представителей возможна в случаях:
20. когда больной не может самостоятельно принимать решение;

ПРИЛОЖЕНИЯ

J

301

1. при опасности для окружающих;
2. материальной несостоятельности пациента;
3. при наличии соматических заболеваний;
4. при обострении психического заболевания.
5. Пациенты имеют право:
6. на выбор лечебного учреждения и лечащего врача;
7. на приглашение священнослужителя;
8. на отказ от медицинского вмешательства;
9. на требование консилиума и консультации других специалистов;
10. на направление в столичное лечебное заведение.
11. Констатация биологической смерти осуществляется:
12. фельдшером;
13. судмедэкспертом;
14. врачом;
15. работником правоохранительных органов;
16. все ответы верны.
17. Согласие совершеннолетнего пациента на медицинское вмешательство предусматривает:
18. устную форму с записью в медицинской карте и его подписью;
19. получение расписки с подписью пациента о согласии;
20. предварительное информирование пациента о диагнозе и последствиях отказа от медицинского вмешательства;
21. присутствие близкого родственника;
22. заключение консилиума.
23. Оказание медицинской помощи гражданам без их согласия возможно в случаях:
24. массовых отравлений;
25. подозрения на инфекционное заболевание;
26. состояний, угрожающих жизни пациента;
27. невменяемости пациента;
28. заболеваний ишемической болезнью сердца.

302

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

. МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Сведения, составляющие медицинскую тайну, могут быть разглашены на законных основаниях в случаях:
2. запроса правоохранительных органов;
3. наличия у пациента признаков насильственных действий;
4. запроса работодателя;
5. несовершеннолетнего пациента до 15 лет при информировании его родителей;
6. запроса страховой компании.
7. Законодательство Российской Федерации допускает эвтаназию:
8. при наличии уродства новорожденного;
9. пассивную эвтаназию больных особо опасными инфекциями;
10. в отношении психически больных;
11. при юридическом оформлении просьбы безнадежно больного;
12. во всех случаях эвтаназия законом запрещена.

48 Медицинские работники имеют право:

1. на защиту своей чести и достоинства;
2. страхования профессиональной ошибки;
3. повышения профессиональной квалификации и получения аттестационных категорий;
4. заниматься частной медицинской практикой;
5. получения бесплатной квартиры.
6. При проведении патологоанатомического вскрытия близкие родственники умершего имеют право:
7. отказаться от вскрытия, за исключением перечня обязательных случаев;
8. отказаться от вскрытия беременной;
9. пригласить независимого специалиста соответствующего профиля;
10. пригласить на вскрытие адвоката;
11. пригласить судебно-медицинского эксперта.

ПРИЛОЖЕНИЯ

J

303

1. Пациент имеет право на получение информации о состоянии своего здоровья:
2. в доступной форме;
3. добровольно по своему желанию;
4. отказаться от получения информации;
5. путем ознакомления с медицинской картой;
6. в случае заболеваний с неблагоприятным исходом.
7. Решение о coejiacuu или отказе от медицинского вмешательства граждане могут подписывать самостоятельно:
8. по достижении ими возраста 14 лет;
9. по достижении ими возраста 15 лет;
10. больные наркоманией с 16 лет;
11. психические больные после 20 лет;
12. достигшие 18 лет.
13. Массовые сеансы целительства, особенно с использованием средств массовой информации в России:
14. разрешены;
15. запрещены;
16. разрешены только по телевидению;
17. разрешены только для сеансов иглорефлексотерапии;
18. разрешены только в крупных городах.
19. Кто обладает правом выдачи разрешения на занятие народной медициной ?
20. ассоциация врачей или научное общество;
21. территориальное управление здравоохранением;
22. администрация субъекта РФ;
23. профсоюз медицинских работников;
24. прокуратора области (края).
25. На каком основании принимается решение о выдаче разрешения на занятие народной медициной ?
26. на основании заявления гражданина и уплаты налога;
27. на основании рекомендации ассоциации врачей;

304 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I » МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. на основании диплома о среднем медицинском образовании;
2. на основании заявления гражданина и представления медицинской неккомерческой организации;
3. на основании разрешения местным органом управления здравоохранением.
4. Разрешение на занятие народной медициной действует на территории:
5. Российской Федерации;
6. субъекта Российской Федерации, где был выдан;
7. стран Европейского содружества;
8. стран СНГ;
9. города или района области (края).
10. Назовите дефекты медицинской помощи, не имеющие основания для уголовного преследования медицинского работника:
11. неосторожные действия;
12. медицинские (врачебные) ошибки;
13. нарушение законодательства и прав пациента;
14. несчастные случаи (казусы);
15. жалоба пациента в М3 РФ.
16. Назовите дефекты медицинской помощи, при профессиональных нарушениях которых медицинский работник несет уголовную или гражданскую ответственность:
17. неоказание медицинской помощи;
18. умышленные профессиональные правонарушения;
19. неосторожное действие при оказании первичной медицинской помощи;
20. врачебная ошибка в госпитальный период оказания медицинской помощи;
21. причинение тяжкого вреда здоровью при оказании реанимационной помощи.

ПРИЛОЖЕНИЯ

I

305

1. Назовите обстоятельства, исключающие вину медицинского работника при нанесении им вреда здоровью:
2. недостаточный опыт и профессионализм медицинского работника;
3. состояние крайней необходимости при оказании медицинской помоши;
4. обоснованный риск при выборе метода оказания медицинской помощи;
5. переутомление медработника при вынужденной беспрерывной работе по оказанию медицинской помощи;
6. нетрезвое состояние врача при оказании неотложной медицинской помощи.
7. Какие формы медицинской помощи различают?
8. плановая;
9. скорая;
10. паллиативная;
11. первичная;
12. стандартная.
13. Предусмотрены ли федеральным законом следующие медицинские экспертизы ?
14. пожарноведческая экспертиза;
15. гражданско-производственная экспертиза;
16. экспертиза профессиональной пригодности;
17. экспертиза связи заболевания с профессией;
18. экспертиза качества медицинской помощи.
19. Назовите виды медицинских освидетельствований:
20. состояния алкогольного или токсического опьянения;
21. психиатрическое освидетельствование;
22. на наличие противопоказаний к владению оружием;
23. освидетельствование с целью выявления признаков телесных повреждений;
24. освидетельствование в связи с регистрацией брака.

306

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Финансовое обеспечение медицинской помощи осуществляется:
2. за счет государственных бюджетов разных уровней;
3. за счет пожертвований зарубежных государственных банков;
4. за счет вкладов населения;
5. за счет благотворительных средств и средств предприятий;
6. за счет средств ОМС и ДМС.
7. Назовите нормативные документы, составляющие правовую основу государственной судебно-экспертной деятельности:
8. Уголовный кодекс РФ;
9. Гражданский кодекс РФ;
10. Этический кодекс российского врача;
11. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
12. ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».
13. Права эксперта:
14. ходатайствовать о представлении необходимых материалов дела;
15. требовать представление вещественных доказательств по делу;
16. не ожидая действий следователя, собирать необходимые материалы;
17. ходатайствовать о необходимости привлечения к производству экспертизы других специалистов;
18. делать заявления, подлежащие занесению в протокол судебного заседания.
19. В каких изданиях РФ систематически публикуются федеральные законы, указы Президента и постановления Правительства РФ?

1) Ведомости Верховного Суда РФ;

1) Издание Генеральной прокуратуры РФ;

ПРИЛОЖЕНИЯ

I

307

1) Собрание законодательств РФ;

1) Российская газета;

1) Издание Министерства юстиции РФ.

1. Какие формы нормативных документов, включая ведомственные, составляют основу судебно-медицинской экспертизы ?

1) ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»;

1) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

1) отдельные приказы М3 РФ, правила, инструкции;

1) Устав ВС МО РФ;

1) Приказы МВД РФ.

1. Укажите юридические основания определения момента смерти:
2. ст. 66 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
3. заключение патологоанатомического вскрытия;
4. заключение судебно-медицинского эксперта после вскрытия трупа;
5. Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950, утвердившее Правила определения момента смерти;
6. указание главного врача медицинской организации, в котором скончался больной.
7. Какие трупы подлежат обязательному судебно-медицинскому исследованию ?
8. лица, умершие насильственной смертью, независимо от рода смерти;
9. при скоропостижной смерти, неожиданной для окружающих;
10. смерть лица в лечебных учреждениях от заболевания;
11. неизвестных лиц;
12. при наличии обоснованной просьбы близких родственников.

308

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. В каких нормативных документах приводятся основания и порядок возмещения виновным вреда, причиненного здоровью граждан ?
2. в Инструкции о производстве экспертизы в РФ;
3. в ФЗ «О погребении и похоронном деле»;
4. в Гражданском кодексе РФ;
5. в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
6. в Семейном кодексе РФ.
7. Несут ли медицинские работники в случае причинения вреда здоровью пациента материальную ответственность, если да, то в каких документах это изложено ?
8. в Гражданском кодексе РФ;
9. в приказе М3 РФ;
10. в Уголовном кодексе РФ;
11. в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
12. в приказе МВД РФ.
13. Каким нормативным документом предусмотрен моральный вред, нанесенный гражданину?
14. Законом «О защите прав потребителей»;
15. ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности»;
16. ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии»;
17. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении Правил определения вреда здоровью»;
18. Гражданским кодексом РФ.
19. Какие приоритеты в сфере охраны здоровья предусмотрены ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»9
20. интересы пациента;
21. специализированная медицинская помощь;
22. профилактика;
23. медицинская помощь военнослужащим;
24. охрана здоровья детей.
25. В каких случаях ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отмечает особенности оказания медицинской помощи?
26. при чрезвычайных ситуациях;
27. гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями;

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Ситуационные задачи по различным вопросам охраны  
здоровья граждан для контроля практического  
применения знаний

(Первые пять задач содержат в качестве примеров развернутые ответы. В остальных приведены лишь источники для ответов.)

Задача 1

В госпитале к дежурному врачу обратился больной, пожилой человек, который, находясь в тяжелом состоянии, попросил удостоверить его подпись под текстом завещания о передаче его приватизированной квартиры племяннику. Врач отказался это сделать и посоветовал вызвать нотариуса. Однако сосед отсоветовал, сказав, что приглашение нотариуса стоит больших денег и завещание своей подписью всё-таки заверил дежурный врач. Действительно ли такое завещание? В каком законе следует искать основания для решения этого вопроса?

Ответ: Согласно Гражданскому кодексу РФ (статья 1127) завещание больного, находящего на излечении в госпитале, больнице или доме престарелых, может быть удостоверено главным врачом или его заместителем по медицинской части, а при их отсутствие дежурным врачом.

Задача 2

Завод полимерных материалов постоянно спускал загрязненные сточные воды в реку Дон. В результате многие жители прилегающего района в последние годы, как показали данные районного центра Госсанэпиднадзора, стали болеть различными кишечными инфекциями и проходили лечение в стационаре. Граждане, переболевшие кишечными инфекциями, потребовали через суд возместить им материальные потери на лечение. Однако администрация завода утверждает, что эти загрязнения не могли спровоцировать возникновение кишечных инфекций.

Имеются ли юридические основания требовать от предприятия возмещения материального ущерба, связанного с лечением? Кто и как будет решать вопрос о прямой причинной связи загрязнения сточных вод с возникновением кишечных инфекций?

Ответ: Указанное юридическое основание заложено в Законе об охране окружающей среды (2002 г.), предусматривающем административную, материальную и уголовную ответственность должностных лиц в причинении вреда здоровью граждан в результате неблагоприятного исхода, вызванного деятельностью предприятия. В статьях 250 «Загрязнение вод» и 251 «Загрязнение атмосферы» УК РФ указаны санкции за подобные преступления в виде штрафов.

Вопрос о вине конкретных должностных лиц и выборе санкций решается судом после учета ряда доказательств, в том числе заключения судебно-медицинской экспертизы о наличии инфекционных заболеваний у жителей региона, пользующихся сточными загрязненными водами реки Дон и прямой причиной связи заболеваний с употреблением этой воды.

Задача 3

В эфире городского радио дважды выступал главный врач центра Госсанэпиднадзора, сообщая населению о повышении концентрации окиси углерода в воздухе, превышающей ПДК до 200 раз. Это вызвало возмущение населения и требование принять срочные меры к очистке воздуха. В связи с этим администрация города предъявила судебный иск врачу, превысившему, по ее мнению, свою компетенцию и посеявшему панику среди населения. Суд отклонил иск, признав действия медика правильными в отношении законности.

Ответ: В статье 42 Конституции РФ записано: «Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением». Это положение развивается в ФЗ РФ № 323 «Об основах...», в котором указано, что к компетенции органов самоуправления относится выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье населения, и информирование о них граждан. В статье *11ФЗ* от 10.01.2002 №7-ФЗ «Об охране окружающей среды», в котором подчеркивается, что граждане имеют право требовать предоставления полной информации о состоянии окружающей среды. Наконец, УК РФ относит к уголовным преступлениям загрязнение вод и атмосферы (cm. 250, 251).

Задача 4

В местных газетах периодически появлялись сообщения о распространении туберкулеза на территории области и росте этого заболевания в последние годы. В связи с этим один из руководителей администрации области потребовал от средств массовой информации прекратить пугать население «жареными» фактами, пригрозив уволить некоторых редакторов, ссылаясь на приближающиеся выборы. Прав ли он?

Ответ: В статье 41 Конституции РФ сказано: «Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью людей, влечет за собой ответственность\*. В ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указано, что регулярное информирование населения через средства массовой информации о распространении социально значимых заболеваний является обязанностью органов местного самоуправления (cm. 17).

Задача 5

К хирургу горбольницы обратился гражданин К., 66 лет, по поводу паховой грыжи. Обследовав больного, хирург сказал, что операция показана и может быть выполнена, но предварительно за нее следует заплатить. Сумма гражданину К. показалась большой. На предложение К. снизить цену врач ответил, что сумма установлена не им. Больной заплатил, но после операции обратился с жалобой в администрацию больницы. Хирург понес административное наказание. Является ли это деяние противоречащим законодательству об охране здоровья граждан? Имеется ли на этот счет указание в Конституции РФ?

Конституция РФ (ст. 41).

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 19. п. 2).

Задача 6

Гражданка И., рабочая гальванического цеха завода «Красный котельщик», связывала ухудшение своего здоровья с вредными условиями на производстве. Она обратилась в MЧC завода за консультацией, однако на вопрос о факторах, отрицательно влияющих на здоровье, ей ответить отказались, ссылаясь на запрет администрации.

Есть ли нарушение прав гражданки И., и если есть, то каких?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье»).

Задача 7

Одна из местных газет не приняла к публикации статью, рекламирующую высокие качества спиртных напитков, реализуемых в магазине. Его владелец, сославшись на то, что продажа спиртных напитков не запрещена и что он желает заверить своих покупателей в безопасности и даже полезности тех из них, которые продаются в его магазине, потребовал опубликовать статью.

Принимая во внимание ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», объясните, чья позиция правомерна.

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 23).

Задача 8

В городской кожно-венерологический диспансер обратился мужчина, у которого был вторичный свежий сифилис. Однако его не приняли на лечение, ссылаясь на отсутствие лекарств и мест в стационаре. При этом зав. отделением предложил больному лечиться у нею и частном порядке, показав разрешение и лицензию на частную практику.

Имеется ли нарушение действующею законодательства?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 43).

Задача 9

Старушка, 96 лет, вследствие одряхления находилась на полном иждивении близких, не могла себя обслуживать и переживала свою беспомощность. В связи с л им она неоднократно просила родственников «усыпить\* ее, но не получала единодушного согласия. Вызванный к ней участковый врач едва вывел ее из состояния сердечно-легочной недостаточности. Выслушав плачущую старушку и вняв ее просьбе, он получил одобрение одного из родственников и перекрыл поступление кислорода, которым она дышала. Через некоторое время наступила смерть. Признавая, что смерть была неизбежной, дочь умершей обвинила врача в убийстве.

Как следует квалифицировать действия врача? Что об этом сказано в законе?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 45, 20).

Задача 10

Больной К., 56 лет, после продолжительной тяжелой болезни раком предстательной железы просил разъяснить ему диагноз и прогноз. Консилиум установил полную безнадежность лечения и скорый конец, но больного не проинформировали о диагнозе, обнадежив и пообещав облегчить его состояние. Однако через неделю больной, сославшись на свое унизительное положение и не стихающие боли, потребовал прекратить лечение и дать ему спокойно умереть. Он письменно отказался от лечения.

Вправе ли врачи удовлетворить его просьбу? Вправе ли больной, находясь в лечебном учреждении, отказаться от лечения?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 22, п. 1; ст. 19, п. 5).

Задача 11

Мужчина, 72 лет, страдает раком прямой кишки. Убедившись, что проведенная 7 месяцев назад операция не привела к улучшению состояния, умолял лечащего врача ускорить наступление его смерти. Видя такие мучения, его поддержали и родственники, обещая врачу вознаграждение за избавление близкого им человека от страданий. Однако врач отказался это сделать сам, но проконсультировал медицинскую сестру, сколько ввести инсулина. В отсутствие врача была введена смертельная доза инсулина.

Нарушили ли врач и медицинская сестра действующий закон?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 45).

Задача 12

Больной К., 58 лет, получив после обследования информацию лечащего врача о тяжелом инфаркте, просил сообщить диагноз только взрослому сыну. Однако во время посещения дежурная медицинская сестра, увидев жену, тут же с сочувствием сообщила о последних результатах и диагнозе.

После встречи с супругой больной К. написал жалобу директору центра на поведение дежурной медсестры. При разборе выяснилось, что врачебная тайна соблюдалась, но жена, по мнению медсестры, имеет право знать о состоянии здоровья законного супруга.

Было ли в этом случае правовое нарушение? В каком документе можно найти ответ?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 13, п. 3).

Задача 13

В инфекционном отделении умер больной с клиническим и подтвержденным при патологоанатомическом вскрытии диагнозе «ВИЧ-инфекция». После смерти об этом стало известно соседям и сослуживцам. В связи с их реакцией родственники подали в районную прокуратуру жалобу на разглашение врачебной тайны. Источником информации, как выяснилось, были лаборантка больницы и санитар морга. Родственникам умершего не только в возбуждении дела, но и в расследовании было отказано в связи с тем, что врачебная тайна была разглашена только после смерти. А как обстоит дело в соответствии с законом и каким?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 13,

п. 2).

Задача 14

Больной К., 29 лет, заведующий отделением клиники сообщил о результатах медицинского обследования — диагнозе «фиброма матки», и рекомендовал оперативное вмешательство. Узнав об этом, муж обратился с жалобой о разглашении «страшного» диагноза больной жене, а не ему.

Нарушил ли права пациента зав. отделением?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 22, *п. 1).*

Задача 15

Гр-ка С., 42 лет, находилась на лечении в урологическом отделении городской больницы. Во время посещения ее сожителем И., юристом по образованию, она пожаловалась ему на то, что лечащий врач не информирует ее о диагнозе и прогнозе. Гр-н И. обратился клечащему врачу с претензией, что нарушается право пациента на информацию, после чего получил не только информацию, но и медицинскую карту для ознакомления.

Правильно ли поступил лечащий врач?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 13,

п. 1, 2, 3).

Задача 16

Представитель медицинской страховой компании сделал письменный запрос в городскую больницу с просьбой представить клинический диагноз больного, пострадавшего при ДТП. Ему было отказано и предложено получить разрешение в ОВД района, где проводится расследование. Правильно ли это?

ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», статья 40 Организация контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Задача 17

Школьница, 14 лет, обратилась к врачу-венерологу, который, заподозрив у нее гонорею, пригласил на беседу мать девочки. Однако проведенное лабораторное исследование и дальнейшее наблюдение не подтвердили диагноз. Девочка пожаловалась на врача, что он проинформировал родителей о ее половых связях и диагнозе, а это привело к конфликтной ситуации в семье.

В соответствии ли с законом поступил врач?

ФЗ Л'9 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ \* (cm. 13, п. 4).

Задача 18

В акушерское отделение участковой больницы поступила гражданка Н., 18 лет, с осложнением после криминального аборта. Она очень переживала случившееся и просила врача сохранить в тайне ее беременность и аборт. Однако врач сообщил в ОВД района о криминальном аборте, вскоре все стало известно родителям. После выписки гр-ка Н. попала в конфликтную ситуацию в связи с тем, что диагноз стал известен ее близким.

Имеется ли законное основание для обвинения медработников в разглашении врачебной тайны?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 13, *п. 1).*

Задача 19

В токсикологический центр в течение двух суток поступили 14 человеке отравлением метиловым спиртом. Заведующий поставил в известность правоохранительные органы, назвав имена конкретных больных. Один из них подал жалобу на администрацию лечебного заведения в связи с тем, что врачи разгласили тайну его заболевания.

Чем руководствовался заведующий лечебным учреждением?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 13, п. 4, подпункт 2).

Задача 20

Мальчик, 12 лет, в состоянии асфиксии был доставлен врачом медпункта школы в больницу. На его шее обнаружили слабовыраженную странгуляционную борозду. Налицо попытка самоубийства, и врач спросил пациента о причинах суицида. Мальчик рассказал лечащему врачу о проблемах с учебой, о том, что им интересуется милиция. Просил ни о чем не говорить родителям. Однако врач сообщил родителям и правоохранительным органам о происшедшем. Правильно ли поступил врач?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 13, п. 4, подпункт 4).

Задача 21

В связи с сокращением штатов из больницы увольняется врач-аллерголог К., 32 лет. В этой же больнице есть вакансия иммунолога, и К. просит перевести ее на эту должность, предварительно направив на переподготовку. Плавный врач больницы отказывает направить на переподготовку аллерголога в связи с отсутствием средств на командировочные расходы. Кто из них прав?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 72, *п. 3).*

Задача 22

Пациентка К., 70 лет, находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Имеет ли она на это право?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 19, /7. 5).

Задача 23

Гражданка Н., 27 лет, доставленная по скорой помощи с диагнозом «внематочная беременность», после операции потребовала предоставить ей копию медицинской карты для обжалования действий врачей, которые, по ее мнению, не приняли мер по сохранению беременности.

Зав. отделением отказал в просьбе в связи с необоснованностью требований и пояснил, что копия медицинской карты может быть выдана лишь по запросу судебно-следственных органов.

Имеются ли здесь нарушения прав пациента?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 19, п. 5).

Задача 24

Гр-ка И., 52 лет, поступила в онкологическое отделение, где был установлен диагноз «злокачественная опухоль шейки матки». Не желая травмировать больную, при получении согласия на операцию ей было сказано о доброкачественной опухоли, которую все-таки надо удалить. Больная не дала согласия на операцию. Через 5 месяцев, когда состояние ее резко ухудшилось и появились метастазы, больной стало известно об истинном диагнозе. Гр-ка И. обвинила врачей в том, что ее неправильно информировали и поэтому она отказалась от операции.

В чем заключается правовая ошибка врача?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 20, п. 1).

Задача 25

При ДТП неизвестный молодой человек получил открытый многооскольчатый перелом нижней трети правой голени со значительным смещением отломков. В травматологическое отделение его доставили в бессознательном шоковом состоянии. Врачи оказали первую помощь по выведению из состояния шока, сопоставлению отломков и иммобилизации конечности. Выявив признаки газовой гангрены, врач ампутировал нижнюю конечность на уровне верхней трети голени. После излечения больной обратился в прокуратуру с жалобой на то. что врач без его согласия ампутировал конечность. Он потребовал привлечь врача к уголовной ответственности и возместить нанесенный ему ущерб, так как это медицинское вмешательство лишило его ноги и привело к инвалидности.

Каковы юридические основы решения конфликта?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 20, п. 9, подпункт 1).

Задача 26

Больной шизофренией К., 16 лет, заболел инфекционным заболеванием неясной этиологии, в связи с чем соседи по коммунальной квартире обратились в психиатрическую больницу, где он состоял на учете, с просьбой его госпитализировать. Несмотря на то, что сам больной и его родители были против госпитализации, врач скорой помощи с этим не посчитался.

Есть ли в его действиях правовое нарушение? В каких нормативных документах оно изложено?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 20,

п. 2, 3).

Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (cm. 13, 24).

Задача 27

В одном дворе проживал безработный хронический алкоголик гражданин К., который своим поведением терроризировал всех соседей: сквернословил, шумел, дрался. Неоднократно с ним беседовали, обращались в милицию, но он перестал реагировать на вызовы. Тогда соседи решили действовать сами. Один из них работал врачом-психиатром. Он договорился с администрацией больницы и доставленного обманным путем К. принудительно поместили в психиатрическую больницу.

Есть ли в этом действии нарушение прав человека? Является ли это уголовным преступлением?

Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (cm. 13, 34); УК РФ (cm. 128).

Задача 28

В больнице скончался гражданин Н. Главный врач убедил родственников, что вскрытие трупа необходимо, так как диагноз был сомнительным. Родственники согласились, но при условии, что при вскрытии будет присутствовать их знакомый профессор. Однако главный врач посчитал такое недоверие оскорбительным для своих патологоанатомов и не разрешил.

Прав ли он с точки зрения закона?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 67, *п. 6).*

Задача 29

В больнице от перитонита, наступившего вследствие травмы живота, полученной при наезде автомашины, скончалась гражданка К. Родственники представили главврачу жалобу о том, что медицинская помощь была оказана с опозданием, но не разрешили вскрывать труп. Однако труп гражданки К. был отправлен в судебно-медицинский морг для вскрытия.

Правильно ли поступил главный врач?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 67, п. 7).

**Задача 30**

В больнице от инфаркта миокарда умер священнослужитель, который перед смертью оставил письмо с просьбой не вскрывать его тело. Однако клинический диагноз был спорным, и на этом основании главный врач потребовал вскрытия. Возмущенным родственникам он показал приказ областного департамента здравоохранения о том, что в таких случаях вскрытие обязательно.

Как следует поступить в соответствии с законом?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 67,

п. *3).*

Задача 31

В больницу поступила пожилая женщина с пищевым отравлением. Несмотря на принятые меры, она умерла. Родственники подозревали, что она отравилась рыбными консервами, и не имели претензий к медикам. Дочь обратилась к главному врачу с просьбой выдать труп без патанатомиче- ского вскрытия. Однако главный врач поступил иначе.

Как должен был в соответствии с законом поступить главный врач?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 67, п. 3); УПК (cm. 196).

Задача 32

Гражданин Н., находясь в командировке в Татарстане, обратился в лечебное учреждение в связи с гипертоническим кризом. В регистратуре он предъявил страховой полис, выданный страховой компанией города Ростова-на-Дону. Однако его полис не приняли, мотивируя тем, что в республике действительны только свои полисы, и потребовали заплатить за лечение.

Нарушены ли права гражданина Н.?

ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании» (cm. 16, и. 1а).

Задача 33

Гражданка М. обратилась в страховую компанию «Айболит» с просьбой ее застраховать, мотивируя это желанием лечиться в клинике, где есть хороший специалист. Ей отказали, так как она работает на промышленном предприятии, а не в медицинском учреждении. К тому же сообщили, что у нее нет права выбирать лечебное учреждение и врача.

Какие права гражданки М. нарушены?

ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» (cm. 16,

ч. 1, п. 4).

Задача 34

В администрацию Орловской ЦРБ обратился сотрудник страховой компании с требованием предоставить ему данные о сроках и качестве оказания травматологической помощи больным в течение текущего года.

Главный врач отказал, мотивируя тем, что они отчитываются только перед Министерством здравоохранения, а история болезни представляется лишь по запросу правоохранительных органов.

Прав ли главный врач?

ФЗ N9 326 «Об обязательном медицинском страховании» (cm. 40, п. 1, 8).

Задача 35

Студента В. сбила автомашина, в результате он получил ушиб голени с подозрением на перелом ее костей. Приехавший врач скорой помощи попросил представить медицинский полис. Так как его не оказалось, врач, не оказав медицинскую помощь, уехал. Гр. В. обратился с жалобой в суд.

Какое положение закона здесь было нарушено?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 35).

ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» (cm. 16, ч. 2, п. 1), УК РФ (cm. 124).

**Задача 36**

Фельдшер, имея разрешение на занятия народной медициной, проводил оздоровительные сеансы с использованием религиозных обрядов. Несмотря на отсутствие жалоб, ему запретили это делать, ссылаясь на нарушение действующего законодательства.

Верно ли это и в каком законе об этом сказано?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 50, п. 1).

Задача 37

Главный врач одной из городских поликлиник доверил экстрасенсу, имеющему разрешение на занятия народной медициной и окончившему курсы при научно-медицинском центре нетрадиционной медицины, вести ежедневный прием больных. Один из посетителей написал жалобу в Департамент здравоохранения, что в государственном лечебном учреждении без разрешения М3 области ведет прием целитель.

Нарушил ли закон главный врач госучреждения, поручивший экстрасенсу вести прием больных?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 50, п. 1, 2).

Задача 38

Гражданка К., имеющая разрешение на занятие народной медициной, выданное органом исполнительной власти субъекта РФ на лечение желудочных заболеваний, одновременно стала вести приемы по лечению артрозов. Однако вскоре она получила предупреждение о прекращении работы до получения разрешения на лечение иных заболеваний — артрозов.

Не является ли это нарушением права на занятие народной медициной?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 50,

п. *1).*

**Задача 39**

Лечащий врач обратился к главному врачу с заявлением об отказе продолжать лечение больного 3., 36 лет, страдающего хроническим холециститом, мотивировав это систематическим нарушением назначенного им режима: несоблюдение диеты, злоупотребление спиртными напитками, игнорирование приема лекарств. Но главный врач обязал лечащего врача и дальше продолжить вести больного 3., считая, что «больной всегда прав».

Что об этом сказано в законе?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 70, *п. 3).*

Задача 40

Больная R, 63 лет, обратилась с заявлением к главному врачу поликлиники с требованием заменить лечащего врача. Она привела аргументы: невнимателен, нечуткий, недобросовестно относится к своим обязанностям. Главный врач предложил больной обратиться к частнопрактикующему врачу, так как у него все врачи перегружены и не могут бы ib внимательны к каждому больному.

Что об этом сказано в законе?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 21, *п. 1).*

Задача 41

Медицинская сестра с 9-летним стажем в последние годы все чаще стала получать замечания из-за незнания некоторых новых методик и особенностей техники определенных процедур. В связи с этим она неоднократно просила руководство больницы направить ее на курсы повышения квалификации, так как после окончания медицинского колледжа не повышала свою квалификацию. Администрация, мотивируя отсутствием замены, откладывала ее направление.

Нарушение какого закона в этом наблюдается?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 72,

п. 2).

Задача 42

Медицинская сестра реанимационного отделения после длительного лечения гипертонической болезни и рекомендаций специалистов просила администрацию больницы направить ее на переподготовку и перевести на менее напряженную работу, в лабораторное отделение, в чем ей было отказано.

Имеет ли право медсестра настаивать и на каком основании?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 12,

п. 3).

Задача 43

Палатная медицинская сестра опротестовала выговор за разглашение врачебной тайны, так как она не врач и соблюдать ее не обязана. Ей объяснили, что она нарушила «Этический кодекс медицинской сестры».

Имеется ли здесь правовое нарушение?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ап. 73, п. 2).

Задача 44

Операционная медицинская сестра, напуганная ошибкой сменщицы, решила застраховать себя от риска в своей профессиональной работе. Однако заведующая отделением сказала ей, что это право относится только к врачам.

Имеется ли об этом указание в законе?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 72, п. 7).

Задача 45

Участковая медицинская сестра отказалась посещать умирающую больную К., 89 лет, страдающую раком желудка 4-й стадии, так как лечить ее амбулаторно невозможно.

Есть ли основания прекратить обезболивание или это нарушение закона? Что об этом сказано в законе?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 36,

п. 2).

Задача 46

Отец шестилетнего ребенка, которого положили в стационар, просил администрацию разрешить ему находиться с ним.

Может ли администрация больницы разрешить ему нахождение в стационаре с ребенком и на каких условиях?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ап. 51, п. 3).

Задача 47

Женщина, 22 лет, при сроке беременности 14 недель обратилась в акушерское отделение с просьбой платно провести ей искусственное прерывание беременности. Ей отказали. Почему и на каком основании?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 56,

ч. 3).

Задача 48

Женщина, 28 лет, имея беременность сроком 18 недель, похоронила мужа. Она обратилась в медицинскую организацию с просьбой провести ей искусственное прерывание беременности, но ей отказали.

Почему и на каком основании?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 56, п. 4).

Задача 49

Женщина, 34 лет, страдая заболеванием, входящим в перечень медицинских показаний на прерывание беременности, на 24-й неделе обратилась в медицинскую организацию сделать ей аборт. Ей отказали в связи с большим сроком беременности.

Является ли это нарушением ее права?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 56, п. 6).

Задача 50

Здоровая женщина, 37 лет, письменно обратилась в медицинскую организацию с просьбой провести ей медицинскую стерилизацию, так как они с супругом уже имеют троих детей и более не желают.

Обоснована ли ее просьба правовыми нормами? Если да, то где об этом сказано?

Cm. 57«Медицинская стерилизация» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 56, п. 1).

Задача 51

Фельдшера скорой помощи обвинили в том. что, приехав по вызову к потерпевшему с черепно-мозговой травмой, он не проводил реанимационные мероприятия в связи с тем, что по отсутствию пульса и дыхания определил факт наступления смерти.

Нарушения требований каких нормативных документов он допустил?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 66). Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 N9 950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

Задача 52

Труп гр-ки К., 48 лет, смерть которой наступила через 18 часов после поступления в урологическое отделение при подозрении на непереносимость введенных ей лекарственных средств, был направлен в патологоанатомическое отделение на вскрытие. Однако там труп не был принят. Почему, куда же его следует направить?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 67, п. 3, 4 ФЗ № 323 Проведение патолого-анатомических вскрытии и Приказ МЗСР от 12 мая 2010 г. N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ»).

Задача 53

После судебно-медицинского вскрытия трупа неустановленного лица, смерть которого наступила от несовместимых с жизнью повреждений жизненно важных органов, санитар морга передал на кафедру нормальной анатомии XIя учебных целей его почку и легкое, за что понес наказание.

Было ли это нарушением закона?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 68,

п. 1).

Задача 54

Гражданин С., управляя собственной автомашиной в нетрезвом состоянии, совершил лобовое столкновение, в результате которого погиб пассажир встречной машины. При рассмотрении этого дела в суде адвокат подсудимого заявил, что его подзащитный был участником ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, где получил дозу облучения 16,8 бэр (биологический эквивалент рентгена), в связи с чем был признан инвалидом II группы. Именно это, по мнению адвоката, привело к потере сознания в момент столкновения, а не алкогольное опьянение гр. С. Как нужно расценивать это происшествие: как преступление или как несчастный случай?

УК РФ (cm. 264 «Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств», п. 2). ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 65).

Задача 55

Демобилизованный Р. во время лечения от сифилиса жил половой жизнью с девушкой, на которой обещал жениться. В кожно-венерологическом диспансере его неоднократно предупреждали о недопустимости половых контактов до полного излечения. Узнав о болезни Р., девушка обратилась в диспансер, администрация которого поставила r известность прокуратуру.

Может ли быть возбуждено уголовное дело против R?

УК РФ (cm. 121 «Заражение венерической болезнью»).

Задача 56

В морге бюро СМЭ производилось вскрытие трупа мужчины, которому нанесли телесные повреждения двое пьяных мужчин. В результате судебно-медицинской экспертизы было установлено, что смерть наступила от ушиба головного мозга, возникшего при ударах тупыми предметами, колото-резаная рана груди оказалась не проникающей и могла квалифицироваться как легкий вред здоровью. Все эти данные стали известны подозреваемым, которые изменили первоначальные показания и стали давать выгодные для себя, противоречащие истине, показания, тем самым помешав расследованию. Выяснилось, что утечка информации произошла от лаборантки морга.

Что сказано об этом в законе и кто несет ответственность?

УК РФ (cm. 310 «Разрешение данных предварительного расследования).

**Задача 57**

Старшая медицинская сестра хирургического отделения ЦРБ, получив по сговору с заведующей аптекой медикаменты на отделение, утаила и принесла домой восемь пачек фе- номина в таблетках и 20 ампул морфина, объясняя это желанием иметь под рукой лекарства для оказания скорой помощи больным соседям.

Является ли это уголовным преступлением?

УК РФ (cm. 229 «Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества»).

Задача 58

Проживающая по соседству гражданка И. обратилась к врачу-терапевту с просьбой помочь задыхающемуся ребенку. Врач ответил, что нужно вызвать скорую, ибо он не педиатр и брать на себя ответственность не желает. Пока женщина нашла телефон и приехала скорая, ребенок умер от асфиксии вследствие закрытия гортани попавшим в нее грецким орехом.

Несет ли уголовную ответственность врач?

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (cm. 73, п. 1; cm. 11). УК РФ (cm. 124 «Неоказание помощи больному»).

Задача 59

Гражданка И., 45 лет, находилась на стационарном лечении в кожном отделении. В связи с жалобой на зуд в области промежности ей было назначено лекарственное средство для обкалывания в подкожную область. Процедурная медсестра ошибочно ввела цианистую ртуть вместо новокаина (флаконы находились рядом). У больной вследствие отравления ртутью развилась «сулемовая почка», от которой она умерла через 4,5 месяца. Это профессиональная ошибка или преступление, за которое следует нести ответственность? По какой статье?

УК РФ (cm. 109, п. 2 «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»).

Задача 60

В родильном доме в результате вспышки острой кишечной инфекции заболели 37 детей, двое из которых умерли.

Экспертная комиссия установила грубые нарушения санитарных норм и противоэпидемического режима: нарушение периодичности дезинфекции помещения, его ремонта, частое отсутствие горячей воды, а также отсутствие помещения для персонала и отдельного туалета в санпропускнике, поступление большого количества рожениц в связи с одновременным закрытием двух соседних роддомов, нарушение режима кормления детей и другие недостатки. Все это в совокупности и явилось причиной возникновения внутрибольничной инфекции. Расследованием установлено неоднократное обращение главного врача в местные административные органы с требованием ремонта помещения и предупреждением об опасности вследствие нарушения санэпидрежима.

Кто и за что должен нести ответственность в этом случае?

УК РФ (cm. 236 «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил»).

Задача 61

В рабочем поселке в новогодние дни кафетерий реализовывал кондитерские изделия с кремом, изготовленным из сырых куриных яиц. В эти дни в медико-санитарную часть обратились около 70 человек, 12 из которых госпитализированы. Проведенными анализами установлено, что все эти люди больны сальмонеллезом, а при лабораторном исследовании в куриных яйцах обнаружена сальмонелла энтеридитис — возбудитель этого инфекционного заболевания. Оказалось, что об опасности было известно и поэтому согласно Приказу М3 РФ было выпушено распоряжение Министерства здравоохранения области, запрещающее изготовление пищевой продукции, в состав которой включены сырые яйца.

Кто и по какой статье должен нести ответственность за распространение этой инфекции?

УК РФ (cm. 236 «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил»).

Задача 62

Акушер-гинеколог прописал больной в клизме введение 10%-го раствора хлористого кальция с новокаином, антипирином и глюкозой. Вскоре после этой манипуляции выяснилось, что у женщины вследствие ожога слизистой развился пельвиоперитонит. При проверке оказалось, что врач в рецепте забыл указать на необходимость разведения перед употреблением этого состава молоком. В связи с осложнением потерпевшая потребовала возмещения материатьного и морального ущерба.

Имеет ли она на это право? В каком нормативном акте это записано и кто должен возмещать ущерб?

УК РФ cm. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» и cm. 1095 «Основание возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков товара, работы или услуги» ГК РФ.)

Задача 63

В результате неправильно установленного диагноза ребенку семи лет в течение года проводилось неадекватное лечение. После того как ребенка обследовали в специализированном лечебном заведении, был поставлен диагноз «церебральный арахноидит». Начато правильное лечение, однако к этому времени сформировалась гидроцефалия и ребенок был признан инвалидом. Мать ребенка обратилась в прокуратуру с жалобой на врачей, которые, по ее мнению, халатно отнеслись к обязанностям, в результате чего привели к инвалидности ее сына. Она требовала наказать виновных и возместить ей моральный и материальный ущерб, учитывая затраты на лечение и инвалидность ребенка. Назначенная судебно-медицинская экспертная комиссия установила серьезные дефекты в диагностике, а следовательно, и в лечении. В связи с этим суд признал виновным лечащего врача-педиатра одной из больниц и приговорил его к двум годам лишения свободы условно, а зав. отделением понизил в должности. Однако в возмещении материального и морального ущерба было отказано в связи с тем, что врач уже понес уголовное и административное наказание.

Назовите правовые основания требования возмещения нанесенного ущерба?

УК РФ (cm. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»). ГК РФ: (cm. 1087 «Возмещение вреда лицу до 14 лет» и cm. 1100 «Основания компенсации морального вреда»).

Задача 64

В акушерско-гинекологическом отделении ЦРБ гр-ке С. в связи с миомой матки была произведена операция, во время которой несколько раз переливалась кровь. Через несколько часов появилась неясная интоксикация и развилась острая почечная недостаточность. Спустя сутки в тяжелом состоянии С. была доставлена в реанимационное отделение БСМП, где выяснилось, что у больной I группа крови, а не III, как было установлено в ЦРБ. При исследовании трупа С. отмечено, что острая почечная недостаточность явилась причиной смерти и возникла в связи с переливанием иногруппной крови. Судебно-медицинской экспертной комиссией установлено: вопреки инструкции о переливании крови, в ЦРБ определение группы и переливание проводились медицинской сестрой, а не врачом, что при повторном переливании для контроля бралась кровь из той же пробирки, а не из пальца.

Как следует квалифицировать действия врача?

УК РФ (cm. 109, п. 2, «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»).

Задача 65

В родильном доме акушерка несла новорожденного ребенка на кормление, отвлеклась и ударила его головой о косяк двери. Через несколько месяцев у ребенка появились судороги, был поставлен диагноз «травматическая эпилепсия». Мать ребенка связала возникновение этого заболевания с ударом головки в родильном доме.

Как может квалифицироваться это действие и решаться вопрос о причине появления судорог?

УПК РФ (cm. 196, п. 2, «Обязательное назначение судебной экспертизы для установления характера и степени тяжести вреда, причиненного здоровью»).

УК РФ (cm. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности»).

Задача 66

По данным медицинской карты, заведующий урологическим отделением обследовал и положил на лечение гр-на М., который, как оказалось, в больнице не находился и обследования не проходил. Однако ежедневно в течение 18 дней палатной медсестрой, по указанию заведующего отделением, писались дневники, записывались назначения и якобы выполненные процедуры. В связи с подозрением, что М. не страдает почечнокаменной болезнью, как об этом сказано в диагнозе, была проведена судебно-медицинская экспертиза. Установлено, что гр-н М. здоров и поэтому обострений несуществующей болезни у него быть не могло.

Как следует квалифицировать действия врача?

УК РФ (cm. 292 «Служебный подлог»).

Задача 67

Ассистент кафедры кожных и венерических болезней, имеющий лицензию, кандидат медицинских наук С., получив разрешение, занимался частной практикой и платил налоги. Освоив консервативные методы косметологии, он принимал преимущественно женщин и был доволен такой практикой. После несоблюдения его рекомендаций одной из пациенток у нее возник ожог лица, от которого осталось пятно. Женщина подала исковое заявление в суд и выиграла судебный процесс. В процессе суда выяснилось, что С. не имел права заниматься косметологией, так как его лицензия была на другой вид медицинской деятельности. Обвинение потребовало помимо гражданского уголовное наказание.

За что? Предусмотрено ли это законом?

УК РФ (cm. 171«Незаконное предпринимательство»).

338 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЦИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ПРИЛОЖЕНИЕ

Рекомендуемые темы рефератов

1. История отечественного законодательства, регламентирующего медицинскую деятельность.
2. Медицинская этика и этические требования, регулирующие деятельность медицинского работника.
3. Медицинское право: понятие, системы, виды и место в структуре медицинского образования медицинских работников.
4. Вопросы охраны здоровья граждан в Конституции РФ и в основных федеральных законах.
5. Медицина, религия и право: пути взаимодействия на благо пациента.
6. Деятельность медицинских учреждений и регулирование взаимоотношений медработника и пациента в системе медицинского страхования.
7. Значение и правовые основы обязательного и добровольного страхования граждан.
8. Правовая база пенсионного обеспечения и социальная защита инвалидов в РФ.
9. Предпринимательская деятельность и платные услуги в медицинской практике.
10. Правовое и этическое обоснование получения согласия больного на медицинское вмешательство или отказа от него, а также при оказании ему помощи без согласия.
11. Медицинская тайна: этическое и правовое значение.
12. Правовые основы регулирования семьи и репродуктивной функции.
13. Незаконное производство аборта, этическая и правовая ответственность медицинского персонала.
14. Принципы и проблемы правового регулирования пересадки органов и тканей человека.

ПРИЛОЖЕНИЯ

J

339

1. Юридические и этические проблемы самолечения и методов народной медицины как альтернативы научной медицины.
2. Медицинские, правовые и нравственные проблемы умирания и смерти.
3. Морально-правовые аспекты эвтаназии.
4. Правовое обоснование и значение различных видов медицинских экспертиз.
5. Гражданско-правовая ответственность медицинских учреждений и медицинского персонала при оказании медицинской помощи.
6. Виды дефектов медицинской помощи и особенности производства судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.
7. Виды юридической ответственности медицинских работников за причинение вреда, который был нанесен в процессе оказания медицинской помощи, пути установления.
8. Уголовная ответственность медицинского персонала за профессиональные и должностные правонарушения.
9. Возможности досудебного урегулирования конфликта, административная (служебная) проверка дел при жалобах на ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.
10. Правовые основы возмещения причиненного медицинским работником материального (морального) вреда здоровью или смерти пациента.
11. Законодательные основы реформирования подготовки, сертификации и аттестации средних медицинских работников.
12. Роль медицинской сесгры в обеспечении прав пациента и соблюдении им своих обязанностей.
13. Место и значение ятрогенной патологии в структуре неблагоприятных исходов медицинских вмеша

тельств.

340 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЁДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Юридическое и медицинское значение медицинской документации.
2. Понятие качества оказания медицинской помощи в работе медицинских сестер и фельдшеров: медицинское и правовое значение, формы контроля.
3. Правовые аспекты исключения уголовной ответственности медицинского работника при наличии вины.

СПИСОК ОСНОВНОЙ МОНОГРАФИЧЕСКОЙ

И УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ДЛЯ УГЛУБЛЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ

1. Акопов В.И. Врач и больной: мораль, право, проблемы / В.И. Акопов. — Ростов н/Д, 1994. — 188 с.
2. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах / В.И. Акопов. — М., 2001. — 208 с.
3. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, пациентов и юристов / В.И. Акопов. — М.; Ростов н/Д, 2004. — 366 с.
4. Акопов В.И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья / В.И. Акопов. — Ростов н/Д: Феникс, 2012. — 377 с.
5. Акопов В.И. Право в медицине / В.И. Акопов, Е.Н. Маслов. — М., 2002. — 352 с.
6. Акопов В.И. Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала: учеб, пособие. / В.И. Акопов. — Изд. 2, перераб. — Ростов н/Д: Феникс, 2014.- 332 с.
7. Акопов В.И. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право: учеб, пособие для студентов медицинских вузов / В.И. Акопов, В.П. Новоселов. — Новосибирск; Ростов н/Д, 2006. - 258 с.
8. Акопов В.И. Юридические основы деятельности врача: учебно-метод. пособие для студентов медицинских вузов / В.И. Акопов. А.А. Бова. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. — 254 с.
9. Медицинское право в вопросах и ответах. — Ростов н/Д: Феникс, 2016. — 509 с.
10. Медицинское право: учебник и практикум для вузов. — М.: Юрайт, 2016. — 287 с.

И. Балло А.М. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред / А.М. Балло, А.А. Балло. — СПб., 2001.

342 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии / Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский. — М.. 2012. - 204 с.
2. Баринов Е.Х. Экспертная оценка профессиональных ошибок и дефектов медицинской помощи в акушерстве-гинекологии и неонатологии / Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский. Л.В. Терентьев, Е.Н. Черкалина. — М., 2012. — 214 с.
3. Бедрин Л.М. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за профессиональные правонарушения / Л.М. Бедрин. — Ярославль, 1996. — 31 с.
4. Витер В.И. Неблагоприятные исходы медицинской практики в правовом экспертном аспекте / В.И. Витер. А.Р. Поздеев, А.А. Халиков, И.В. Гецманова. — Ижевск; Уфа, 2008. - 265 с.
5. Витер В.И. Юридическая экспертная оценка медицинских ошибок, связанных с обращением лекарств: учеб, пособие / В.И. Витер, А.Р. Поздеев, А.Н. Яворский. —Ижевск; М., 2011.- 233 с.
6. Герасименко Н.Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: комментарии, основные понятия, подзаконные акты / Н.Ф. Герасименко, Б.П. Максимова. — М., 2001. — 512 с.
7. Иванюшкин А.Я. История и этика сестринского дела / А.Я. Иванюшкин, А.К. Хетагурова. — М., 2003. — 312 с.
8. Колкутин В.В. Правовые основы здравоохранения в России / В.В. Колкутин, Ю.П. Шевченко. А.П. Мухин, О.В. Леонтьев. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 211 с.
9. Леонтьев О.В. Нарушение норм уголовного права в медицине / О.В. Леонтьев. — СПб., 2002. — 62 с.
10. Магазанник И.А. Искусство общения с больным / И.А. Магазанник. — М.: Медицина, 1991. — 112 с.
11. Мсыеина М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. - М.: БЕК, 1995. - 260 с.

Список основной монографической и учебной литературы

для углубленного изучения темы

J

343

1. Новоселов В.И. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения / В.П. Новоселов. — Новосибирск: Наука, 1998. — 231 с.
2. Новоселов В.И. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения / В.П. Новоселов, Л.В. Каннуникова. — Новосибирск. 2000, 255 с.
3. Пашинян Г.А. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе / Г.А. Пашинян, Н.Н. Григорьев, П.О. Ромодановский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 157 с.
4. Попов В.Л. Правовые основы медицинской деятельности/
5. Л. Попов, Н.П. Попова. — 2-е изд. — СПб., 1999. — 256 с.
6. Сергеев В.В. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников/В.В. Сергеев. С.О. Захаров, А.П. Ардашкин, А.А. Тарасов. — Самара, 2000. — 144 с.
7. Сергеев Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев. — М.; Иваново, 2001. — 284 с.
8. Сергеев Ю.Д. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента / Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 324 с.
9. Сергеев Ю.Д. Юридическая зашита прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья / Ю.Д. Сергеев. — М., 1997.
10. Силуянова Я.В. Биоэтика в России: ценности и законы / Я.В. Силуянова. — М., 1997. — 223 с.
11. Стеценко С.Г. Медицинское право для юристов /
12. Г. Стеценко. — СПб.: Юридический центр, 2004. — 570 с.
13. Стеценко С.Г. Очерки медицинского права / С. Г. Стеценко, А.Н. Пишита, Н.Г. Гончаров. — М., 2004. — 170 с.
14. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты / А.В. Тихомиров. — М., 1996. — 123 с.
15. Тихомиров А.В. Медицинское право: практич. пособие / А.В. Тихомиров. — М., 1998. — 442 с.
16. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными / И. Харди. — Будапешт, 1988. — 338 с.

344 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

31. Хохлов В.В. Медицинские правонарушения / В. В. Хохлов, Ю.А. Хозяинов. — Смоленск, 2000. — 180 с.

38. Шапошников А. В. Ятрогения: терминологический анализ/ А.В. Шапошников. — Ростов н/Д, 1998. — 167 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Введение 6

РАЗДЕЛ I

О МЕДИЦИНСКОМ ПРАВЕ. ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА И МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ 10

Глава 1. К истории создания института сестер милосердия и правового регулирования медицинской деятельности в разных странах. Этапы становления и развития медицинского права в России 10

Глава 2. О формировании медицинского права современной России и необходимости его изучения медицинскими работниками 19

Глава 3. Система подготовки и аттестации медицинских и фармацевтических работников среднего звена 28

Глава 4. Основы медицинской этики и медицинской психологии как неотъемлемой части подготовки медицинского работника. Светская и церковная этика 38

РАЗДЕЛ II

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: КОНСТИТУЦИЯ РФ И ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ 51

Глава 5. Вопросы охраны здоровья в конституции РФ 51

[Глава 6. Федеральные законы Российской Федерации в сфере охраны здоровья 56](#bookmark18)

Глава 7. Основные юридические и медицинские понятия и определения, используемые в медицинском праве 63

РАЗДЕЛ III

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 69

Глава 8. Базовый федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Основные принципы, задачи и приоритет интересов законодательства РФ в сфере охраны здоровья граждан 69

346

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Глава 9. Компетенция государства, субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 78

Глава 10. Медицинское страхование граждан РФ: организация, законодательное обеспечение, виды медицинского страхования 84

РАЗДЕЛ IV

СИСТЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ.

САНИТАРНО ГИГИЕНИЧЕСКОЕ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В РФ. ОТРАСЛИ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 93

Глава 1 1. Системы и организация здравоохранения.

структура министерства здравоохранения РФ 93

Глава 1 2. Обеспечение санитарно эпидемиологической безопасности лекарствами и биомедицинскими препаратами 101

Глава 13. Система и источники финансирования охраны

[здоровья в РФ. Платные медицинские услуги 106](#bookmark54)

РАЗДЕЛ V

ПРАВА. ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 11 5

Глава 14. Порядок, условия лицензирования и аккредитации, права и обязанности медицинских учреждений 11 5

Глава 1 5. Права и обязанности медицинских организаций.

Проблема качества медицинской помощи (КМП). Контроль и экспертиза качества, стандартизация в медицине 120

Глава 1 6. Законодательные основы предпринимательской деятельности в здравоохранении 131

Глава 1 7. Права, обязанности, престиж и социальная защита медицинских работников. О расширении функциональных обязанностей фельдшера и акушерки 140

РАЗДЕЛ VI

[ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ГРАЖДАН И ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ 151](#bookmark76)

ОГЛАВЛЕНИЕ I 347

Глава 18. Обеспечение конституционных гарантий прав

граждан на охрану здоровья 1 51

Глава 19. Права и обязанности пациента (согласие и отказ

от медицинского вмешательства, медицинская помощь

без согласия, врачебная тайна) 1 58

Глава 20. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья (права семьи, беременных, матерей, несовершеннолетних, пожилых, инвалидов, военнослужащих и заключенных) 175

Глава 21. Организация медицинской помощи в особых условиях... 187 РАЗДЕЛ VII

ПРАВОВОЕ И ЭТИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 1 91

Глава 22. Регулирование семьи и репродуктивной функции (искусственное оплодотворение, прерывание беременности, криминальный аборт, контрацепция, стерилизация) 1 91

Глава 23. Этические и правовые основы трансплантации

органов и тканей человека 205

Глава 24. Современные правовые проблемы донорства крови и ее компонентов 211

Глава 25. Правовые и этические основы танатологии 21 5

[Глава 26. Правовые проблемы народной медицины 228](#bookmark116)

РАЗДЕЛ VIII

НЕНАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ 234

Глава 27. Ненадлежащее оказание профессиональной помощи, классификация (понятие, признаки, обстоятельства и причины ненадлежащего оказания медицинской помощи) 234

Глава 28. Ведомственная проверка с целью установления факта ненадлежащего оказания медицинской помощи и урегулирования конфликта. Следственно-судебное расследование и особенности производства судебно-медицинской экспертизы 238

348 I ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

I » МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Глава 29. Особенности предварительного и судебного расследования при подозрении на профессиональное правонарушение медицинского работника 247

Глава 30. Виды юридической ответственности медицинского персонала: дисциплинарная, административная и гражданско- правовая ответственность 253

Глава 31. Уголовная ответственность медицинских работников за совершение профессиональных и должностных преступлений.... 264

Глава 32. Обстоятельства, исключающие вину и необоснованные обвинения медицинских работников 277

[Глава 33. Виды медицинских экспертиз 285](#bookmark143)

[ПРИЛОЖЕНИЯ 290](#bookmark145)

[Приложение 1. Тестовый контроль по курсу «Правовое обеспечение деятельности медицинского персонала» 290](#bookmark146)

[Приложение 2. Ситуационные задачи по различным вопросам охраны здоровья граждан для контроля практического применения знаний 3 1 1](#bookmark150)

Приложение 3. Рекомендуемые темы рефератов 338

Список основной монографической и учебной литературы

[для углубленного изучения темы 341](#bookmark223)

Учебное издание

АКОПОВ Вил Иванович

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Ответственный редактор  
Выпускающий редактор  
Технический редактор  
Компьютерная верстка:

**М.** Басовская Г. Логвинова Ю. Давыдово А. Патулова

Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная.

Тираж 2000 экз. Заказ № 204.

ООО «Феникс»

344011, Россия. Ростовская обл..  
г. Ростов-на-Дону. ул. Варфоломеева. 150.

Тел ./фа кс (863) 261 -89-50. 261-89-59 Сайт издательства: [www.phoenixrostov.ru](http://www.phoenixrostov.ru) Интернет-магазин: [www.phoenixbooks.ru](http://www.phoenixbooks.ru)

Свои пожелания и предложения по качеству и содержанию  
книг вы можете сообщить по e-mail: [maribas@gmail.com](mailto:maribas@gmail.com)

Изготовлено в России. Дата изготовления: 04.2017.

Изготовитель: АО «Книга»

344019, Россия, Ростовская обл.,  
г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57/1.