



ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
УПРАВЛЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ

Кафедра «Уголовное право и криминалистика»

Учебное пособие

«Медицинское право» (правовое регулирование медицинской деятельности)

Авторы
Исакова Ю.И.,
Пчельников М.В.,
Родина В.А.

Ростов-на-Дону, 2018

Аннотация

В издании изложены теоретические основы медицинского права. Рассмотрены вопросы законодательного обеспечения охраны здоровья населения, права и обязанности медицинских организаций, медицинских работников, а также граждан в сфере здравоохранения, проблемы социальной и правовой защиты медицинских работников.

Предназначено для студентов-юристов, специалистов в сфере медицинского законодательства, а также широкого круга лиц, интересующихся проблемами медицинского права.

Авторы

д.с.н., к.ю.н., профессор. декан факультета
«Юридический», зав. кафедрой «Уголовное
право и криминалистика»

Исакова Ю.И.,

к.ю.н., доцент кафедры «Уголовное право и
криминалистика»

Пчельников М.В.,

магистрант 2-го курса факультета
«Юридический»

Родина В.А.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА.....	5
1.1. ПОНЯТИЕ, СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА. БИОЭТИКА	5
1.2. ПРАВА ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ. ПРАВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, СПОСОБЫ И СРЕДСТВА ИХ ЗАЩИТЫ	23
1.3. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	47
1.4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	64
1.5. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ	98
ГЛАВА 2. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	115
2.1. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН – УЧАСТНИКОВ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОБЩИЕ И ОСОБЕННЫЕ ОСНОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ	115
2.2. ПОРЯДОК ОБОРОТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РФ	124
2.3. ПОНЯТИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	136
2.4. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ И САНИТАРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	163
2.5. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ...	174
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	201

ВВЕДЕНИЕ

Еще в начале прошлого века было высказано мнение о том, что **врачебное право** – отрасль законодательства, которая состоит из трех частей: социально-санитарного, врачебно-лечебного законодательства и норм, определяющих общественное положение врача. В настоящее время **медицинское (врачебное, здравоохранительное) право** или **право об охране здоровья граждан** представляет собой самостоятельную комплексную отрасль права, систему нормативных актов или норм, регулирующих организационные, имущественные, личные отношения, возникающие в связи с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий и оказанием лечебно-профилактической помощи гражданам.

Медицинское право формируется как комплексная отрасль законодательства, включающая нормы многих отраслей российского права, регулирующих отношения в различных сферах медицинской деятельности – от управления здравоохранением до конкретных отношений между лечебными учреждениями и гражданами.

Медицинская деятельность тесно связана с нормами различных отраслей права:

гражданское законодательство (регулирует имущественные и личные неимущественные отношения);

трудовое законодательство (регулирует общественные отношения, связанные с трудовой деятельностью граждан);

законодательство о браке и семье (определяет юридические основы семейно-брачных отношений);

природоохранительное законодательство (закрепляет нормы природопользования и экологической безопасности);

административное законодательство (регулирует отношения в процессе исполнительно-распорядительной деятельности органов государственной власти и управления);

уголовное законодательство (регулирует отношения по защите граждан от преступных посягательств на их права).

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

1.1. ПОНЯТИЕ, СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА. БИОЭТИКА

Одной из тенденций развития и совершенствования системы российского права является её дальнейшая структуризация, выделение новых межотраслевых институтов, подотраслей и отраслей, таких как – муниципальное, банковское, бюджетное, налоговое, информационное. Серьёзные основания имеются для того, чтобы уже сейчас включить в число межотраслевых институтов и медицинское право. В будущем не исключается постепенное формирование самостоятельной отрасли медицинского права, поскольку объективная необходимость в регулировании фактически существующих общественных отношений предопределяет выделение соответствующей отрасли права.

Для формирования самостоятельной отрасли права особо значимы четыре критерия – своеобразие и качественная однородность тех или иных общественных отношений (иными словами, наличие предмета правового регулирования), распространённость общественных отношений данного типа, необходимость использования специальных правовых средств (методов) их регулирования и наличие правовых норм (достаточно обширного законодательства).

Применительно к медицинскому праву можно утверждать, что оно имеет свой предмет регулирования. В последнее время общественные отношения, связанные с обеспечением охраны здоровья населения и отдельных граждан, реализацией и защитой прав и свобод человека в сфере здравоохранения и медицинской деятельности, превратили здоровье человека в важнейший объект социального и даже политического регулирования. Реформа российского законодательства, прогресс науки, изменение этических представлений делают необходимым правовое регулирование общественных отношений, связанных с трансплантацией органов, использованием метода искусственного оплодотворения и имплантацией эмбриона, исследованиями фетальных тканей. Несомненно, нуждаются в правовом регулировании проблемы массовой вакцинации населения, определения правового и социального статуса ВИЧ-инфицированных и лиц, употребляющих наркотики. В обществе не решена проблема защиты человека от дискриминации по признаку наличия заболевания (психическое расстройство, ВИЧ-

инфицированность и др.) Развитие в России рынка потребительских услуг остро поставило вопросы защиты прав пациентов и врачей. Безусловно, требуют правовой оценки факты причинения вреда законным интересам пациента в результате ненадлежащего лечения, но не менее злободневна проблема правовой защиты врача от необоснованных (а иногда и некомпетентных) притязаний пациента и его представителя. Это далеко не полный перечень вопросов, находящихся на стыке медицины и права.

Отношения, связанные со здоровьем человека, во многом специфичны, ибо обусловлены его физическим, нередко и психическим состоянием в различных ситуациях общественной, политической, профессиональной, семейной, бытовой жизнедеятельности. Удельный вес общественных отношений, обусловливаемых состоянием здоровья человека, необходимостью мер по его защите и поддержанию в надлежащем состоянии и восстановлению (лечению), постоянно увеличивается. Здоровье отдельных людей, особенно руководителей государства, народа в целом, становится положительным или отрицательным фактором внутривнутриполитической и международной стабильности, развития и прогресса в экономике и социальной жизни. Последнее десятилетие характеризуется крупными сдвигами в медицинской науке и биологии, предопределяющими качество и продолжительность человеческой жизни, возможности излечения наследственных заболеваний, разнообразной трансплантологии, биотехнологии и клонирования. Это одновременно порождает не только чисто медицинские, но и этические и иные социальные проблемы, требующие правового решения и регулирования.

Совершенствование правового регулирования невозможно без разработки ряда теоретических проблем. Это касается прежде всего обоснования предмета и выбора методов правового регулирования, установления соотношения и взаимодействия различных правовых актов, решения вопросов юридической ответственности в сфере охраны здоровья граждан.

Переход к платным лечебно-профилактическим, санитарным и фармацевтическим услугам неизбежно приведёт к созданию нового хозяйственного механизма здравоохранения. Его основой становятся экономические и юридические категории, базирующиеся на расчёте стоимости медицинской услуги и процедуры, договорных отношений между сторонами, юридической (в том числе имущественной) ответственности за негативные результаты лечения (его неблагоприятные исходы), а также за вред, причинённый здоровью застрахованных больных ненадлежащим лечением.

В условиях страховой медицины имущественная ответственность возлагается на лечебно-профилактические учреждения и медицинских работников, особенно в случаях, когда здоровью пациента причиняется вред в результате их деятельности.

Изучение материалов уголовных дел экспертными комиссиями в связи с неблагоприятными исходами лечения показали, что в 27,9% случаев они были вызваны врачебными ошибками, в 8,5% – отсутствием ненадлежащих условий для медицинской деятельности и в 7,4% обусловлены недобросовестностью работников лечебно-профилактических учреждений.

Метод правового регулирования отношений в сфере медицинской деятельности. В соответствии со ст. 18 Конституции Российской Федерации права и свободы человека и гражданина определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием.

Какие права и свободы человека и гражданина реализуются либо затрагиваются в процессе медицинской деятельности? Какими методами (в том числе методами каких отраслей права) эти права и свободы могут быть эффективно реализованы либо защищены?

К сфере медицины имеют непосредственное отношение закреплённые Конституцией Российской Федерации и другими правовыми актами право на жизнь, право на здоровье и его охрану, право на личную неприкосновенность частной жизни, личную тайну. Поскольку сохранение и улучшение здоровья является первой жизненной потребностью человека, то её удовлетворение всеми незапрещёнными способами относится прежде всего к сфере частной жизни граждан. Существует также публичный интерес в обеспечении общественного здоровья, который воплощается в государственной профилактике болезней, оказании медицинской помощи лицам в беспомощном состоянии и отдельным категориям граждан (военнослужащим, детям и т.д.), оказании помощи в пределах установленного минимального стандарта, в рамках государственных или иных программ за счёт средств государства, муниципальных образований.

Такие отношения включают элементы частно-правового регулирования, проявляющиеся в праве граждан на дачу согласия и отказ от медицинского вмешательства, на выбор лечащего врача, на участие в выборе способа лечения.

Существует третий тип отношений. В соответствии с ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации права и свободы человека

и гражданина могут быть ограничены Федеральными законами (ФЗ) в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Реализация данной нормы допускает принудительное лечение, медицинское освидетельствование (диагностику), принудительные профилактические мероприятия и т.п. В качестве примера можно указать на меры, предусмотренные в ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Все эти медицинские отношения лежат в сфере публичного (административного) права. Их участниками являются наделённые компетенцией уполномоченные органы и учреждения, на граждан возлагается обязанность выполнять предписанные законом мероприятия, им представляются специальные гарантии прав и свобод.

Сложилось три подхода к правовому регулированию медицинских отношений: на основе административно-правового, гражданско-правового методов и смешанный – социально-правовой. Однако это обстоятельство не должно препятствовать созданию Медицинского кодекса. Действующие кодексы содержат нормы различных отраслей права. Даже в таком «чистокровном» кодексе, как Гражданский, имеются нормы административного, гражданско-процессуального права.

Медицинский кодекс должен закрепить указанное многообразие методов правового регулирования, установить регулятивные начала (дозволения и запреты), границы их действия.

Отечественное законодательство в области здравоохранения формировалось на протяжении многих столетий. Ещё в XI в. в Уставе великого князя Владимира Святославовича было определено и узаконено правовое положение врачей. В дальнейшем (XII в.) Русская Правда Ярослава Мудрого закрепила право медицинской практики на территории Киевской Руси.

Первое упоминание о нормативной регламентации медицинской помощи в Русском государстве относится к XVI в., когда при царе Иване Грозном был разработан законодательный сборник "Стоглав", большой раздел которого касался правил содержания больниц.

Важным юридическим актом своего времени был изданный в 1735 г. специальный Генеральный регламент о госпиталях. В 1833

г. был обнародован Свод законов Российской империи, один из томов которого был посвящен Врачебному уставу.

Отдельный сборник юридических актов под названием "Врачебно-санитарное законодательство в России" был издан в 1913 г. в Санкт-Петербурге. Несмотря на то что эти документы отражали в основном различные вопросы санитарно-полицейского характера, они сыграли значительную роль в развитии основ отечественного медицинского права.

В советский период истории страны вопросы здравоохранения полностью регламентировались государством через различные нормативные акты (декреты, постановления, законы, указы и т.д.).

Правовыми основами Российского законодательства о здравоохранении в настоящее время являются:

соответствующие положения Конституции Российской Федерации и конституций республик в составе Российской Федерации;

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и другие законы Российской Федерации;

указы и другие нормативные акты Президента России; постановления Правительства Российской Федерации;

приказы, инструкции и положения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

правовые акты субъектов Российской Федерации.

В Конституции РФ (1993 г.) отдельная статья 41 посвящена праву граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь.

1. 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.

2. В Российской Федерации 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.

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

Кроме того, вопросы охраны здоровья граждан и организации здравоохранения прямо или косвенно отражены и в других статьях Конституции РФ (ст. ст. 2, 19, 20, 21, 37, 38, 39, 40, 42, 58 и др.).

Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР в 1991 году, также провозгласила, что каждый имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения.

Значительным событием в области охраны здоровья населения России стало принятие 21 ноября 2011 г. федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

При подготовке данного Закона были использованы международные правовые акты (Декларация прав человека, Европейская стратегия по достижению здоровья для всех (ВОЗ, 1980 г.), Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья (1989 г.)), отечественный опыт, предложения по совершенствованию и повышению качества медицинского обслуживания.

Одной из важнейших статей вышеуказанного закона является статья 4, в которой определены основные принципы охраны здоровья в России:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

В настоящее время в РФ действует целый ряд законов, детально регламентирующих отдельные направления практической медицинской деятельности:

Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";

Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-1 "О трансплантации органов и (или) тканей человека";

Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";

Закон РФ от 20 июля 2012 г. N 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов";

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)";

Федеральный закон от 22 июня 1998 г. N 86-ФЗ "О лекарственных средствах";

Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах";

Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней";

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения";

Федеральный закон от 2 января 2000 г. N 29-ФЗ "О качестве и безопасности пищевых продуктов" и др.

Кроме вышеперечисленных Законов ожидается принятие следующих нормативных актов: о здравоохранении в Российской Федерации; о государственном регулировании частной медицинской деятельности; о правах пациентов; о страховании профессиональной ответственности медицинских работников; о медицинских изделиях; о рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств.

Гёте говорил, что, если кто-то хочет изучать что-нибудь живое, сначала его убивает, а потом разделяет на части.

Успехи естествознания на этом пути обнадеживают настолько, что такой подход распространили и на человека.

Биоэтика – отрасль научного знания в области исследования проблем, непосредственным источником которых является стремительный прогресс биомедицинских наук и технологий. Именно то, что замышляется и делается с единственной и безусловно благой целью – облегчить страдания человека, повысить качество и продолжительность его жизни, оказывается источником проблем. Перечень этих проблем огромен, и мы назовём лишь некоторые из них: проблема эвтаназии, медико-биологических экспериментов на человеке, искусственное оплодотворение и этические проблемы аборта, клонирование и терапия эмбриональными тканями и т.д.

Биоэтика – это совокупность этических норм в области охраны здоровья человека, которая работает до закона. Одновременно с процессом структуризации медицинского права в России начался непосредственно связанный с этим процесс становления и институционализации биоэтики – научной дисциплины и сферы практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания. Очевидно, что рассматривать эти процессы изолированно нельзя. Предметом биоэтики является нравственное отношение ко всему живому. Для человека, чьё отношение, собственно, и имеется в виду, среди всего живого самым ценным является он сам. Следовательно, отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики. Это и объясняет причины её возникновения как науки именно в последней трети XX в. Но эти же причины обуславливают и выделение медицинского права в особую отрасль права.

В медицине полем биоэтической регламентации выступают:

- взаимоотношения врача и пациента;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы медицинских работников («по вертикали»: администрация, врачи, средний медперсонал, младший медперсонал);
- взаимоотношения между подгруппами медицинских специалистов («по горизонтали»: хирурги – терапевты – онкологи – гинекологи – стоматологи – педиатры – фармацевты и провизоры – работники страховых компаний и т.д.);
- отношения собственности и прибыли в медицинской практике;
- отношения к новым научным достижениям и критерии их использования в медицинской практике;
- отношения на рынке лекарств;
- эстетические нормы медицинской помощи;
- отношение медицинских работников к социальным и природным факторам, влияющим на состояние здоровья их пациентов;
- принципы обособления данной профессиональной группы в обществе;
- отношение к власти и законам, действующим в данном обществе;
- моральный статус пациента в отношении своего здоровья и рекомендаций врача.

Биоэтическая регуляция гораздо строже, чем обычная моральная. Высокая степень интегрированности биосоциального про-

странства человека в эпоху постиндустриального общества предполагает именно такую регуляцию, однако медицинское сообщество ещё не осознало до конца её необходимость. Можно предположить, что юридическое сообщество также ещё не осознало до конца необходимость и уникальность медицинского права. Более того, любой специалист, ознакомившись с представленным выше полем биоэтической регуляции, справедливо заметит, что оно тождественно правовому полю отношений в медицине. Здесь нет противоречия, поскольку любая правовая норма является в то же время нормой морали.

Можно сделать следующий вывод о соотношении моральной, биоэтической и правовой регуляции:

- моральная норма не является обязательной и в большинстве случаев не закреплена законом;
- в биоэтике нормы обязательны, но не всегда закреплены законом;
- в праве нормы обязательны и закреплены законом.

В отличие от других отраслей этики в биоэтике существуют специально организованные социальные субъекты, которые контролируют выполнение её норм в медицинской деятельности. Эти социальные субъекты – этические комитеты. Другими словами, один из основных отличительных признаков морали – неформальность санкций – в биомедицинской этике не выражен. Этические комитеты начали создаваться тогда, когда общество осознало возможность угрозы жизни со стороны научно-технических достижений медицины. Этические комитеты не могли быть созданы и успешно функционировать до появления теоретического обоснования принципов моральной регуляции нового этапа развития медицины – биомедицины.

Таким обоснованием явилась биоэтика. Юридического обоснования для этических комитетов на международном уровне не существует. Этическими принципами, обеспечивающими их деятельность, являются Женевская клятва врачей, Хельсинская декларация и Международная хартия по правам человека – международные документы естественного права. Как правило, национальные этические комитеты (комиссии) создаются распоряжениями главы государства. Решения, принимаемые этическими комитетами, не носят обязательного характера, однако ни одна фармацевтическая компания не принимает решения о начале клинических испытаний без санкции этического комитета. Более того, при решении вопроса о присуждении учёной степени по медицинским наукам ВАК

в сложных случаях считает отсутствие справки этического комитета аргументом для отрицательного решения, несмотря на то, что Положением ВАК о присуждении учёных степеней такой документ не предусмотрен в качестве обязательного. Уже есть случаи, когда заключение этического комитета становилось аргументом для прокуратуры в вопросе о возбуждении уголовного дела. Де-юре этические комитеты остаются в поле моральной регуляции, а де-факто они уже приобретают правовой статус.

Международные документы по биомедицинской этике не обладают юридической силой в национальных государствах. Однако присоединение государства к тому или иному документу влечёт за собой обязательное закрепление его норм в национальном законодательстве. Примером в этом отношении является практика присоединения государств к Конвенции по правам человека в биомедицине. Россия, кстати, до сих пор к Конвенции не присоединилась. Возможно, поэтому пакет законов в области медицинского права у нас носит несколько дискретный характер.

В морали лишь некоторые её нормы, становясь правовыми обычаями, впоследствии интегрируются в закон. В биоэтике существует тенденция интеграции любой (каждой) этической нормы в норму права. Эмпирически это можно проиллюстрировать на примере судьбы такой правовой (или этической?) нормы, как информированное согласие пациента. С точки зрения общей теории морали врач может выбирать: информировать пациента о перспективах и стратегии лечения или нет. С точки зрения закона он обязан информировать пациента и получать его согласие на лечение. С точки зрения биоэтики – информировать обязан, получить согласие обязан, но объём информации, способ её предоставления и форма получения согласия зависят уже от свободы выбора врача. Однако в последнее время отсутствие единой формы информированного согласия вызывает всё больше трудностей. В разных ЛПУ она утверждается по-разному. Чаще всего просто заимствуют у тех, кто уже её применяет, не думая об особенностях лечебного процесса.

Вероятно, уже назрела необходимость утвердить такую форму централизованно.

Биоэтика отличается от всех других форм морали своим предметом. Там, где речь идёт о жизни и смерти, одних моральных норм недостаточно. Эта сфера человеческого бытия всегда и во все времена, у всех народов описывалась и регулировалась нормами права. Здесь всегда действовали формальные санкции. Другое

дело, что закон только очерчивал границы допустимого, за которые медики не имеют права выходить. В эпоху новых биотехнологий, плюралистических обществ и антропологического кризиса эти правовые рамки определяют границы применения биомедицинской этики. В настоящее время у нас в стране идёт процесс институализации биоэтики в правовом поле. Под этим процессом понимается юридическое оформление социальных субъектов этического регулирования в сфере медицины – этических комитетов, а также формализация некоторых наиболее актуальных этических норм и санкций. Если представить себе происходящие в данной области изменения именно таким образом, получится, что биоэтика – это уже не мораль, но ещё не право. Вероятно, в этом и состоит её основная функция – транслировать нормы морали в правовое поле, отбирать и эксплицировать те этические детерминанты, которые обладают юридическим потенциалом.

Принцип «не навреди». Принцип «не навреди» является старейшим в медицинской этике. Это наиболее важный принцип в деятельности врача, в нём суть врачебной этики Гиппократов. Для раскрытия принципа необходимо определить, что именно понимается под вредом применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентами.

Рассматривая позицию с точки зрения врача, следует различать такие формы вреда:

- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный недобросовестностью, злым или корыстным умыслом;
- вред, вызванный неверными, нерасчётливыми или некавалифицированными действиями;
- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Каждая из указанных разновидностей вреда оценивается по-разному. Неоказание помощи в некоторых случаях будет расценено как правонарушение и повлечёт за собой юридическую ответственность для специального субъекта (медработника). Например, врач, который находится на дежурстве, не выполняет тех действий, которые он должен осуществить в отношении данного пациента. Повлиять на тяжесть ответственности могут различные обстоятельства. Например, если врачу пришлось потратить время и силы на помощь другому пациенту, находящемуся в более тяжёлом состоянии. Тем не менее пациент, которому не была оказана помощь, либо его родственники могут предъявить врачу претензии

вплоть до судебного иска. Уголовное законодательство России предусматривает ответственность за неоказание помощи больному лицом, обязанным её оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом по ст. 124 УК Российской Федерации. Другой вариант – когда врач не находится при исполнении своих служебных обязанностей. В этом случае ответственность может быть в большинстве случаев только моральная. Вторая разновидность – вред, причинённый вследствие недобросовестности (т.е. ненадлежащего исполнения своих прямых обязанностей) или умышленно, преднамеренно. Причинение такого вреда также повлечёт как юридическую ответственность, так и моральное осуждение. Не вызывает особых затруднений с точки зрения этического анализа вред, обусловленный недостаточной квалификацией, неумением врача качественно выполнять свои обязанности. Само понятие квалификации врача имеет не только сугубо техническое, но и моральное содержание – тот, кто, став врачом, не умеет делать того, что обычно делает врач, достоин морального осуждения. С другой стороны, может быть высказано мнение, что к врачу высокой квалификации предъявляются повышенные требования, причём не только в специальном, но и в моральном отношении. Наконец, четвёртая из перечисленных разновидностей – это объективно необходимый вред. Сама формулировка уже исключает какую-либо юридическую ответственность. Практически каждое посещение врача несёт в себе тот или иной вред для пациента (визит к врачу – это трата времени, денег, следование предписанному режиму, госпитализация, причинение боли, ампутация и пр.) Ещё одна форма вреда связана с информированием пациента о том, что касается его состояния и прогноза его заболевания. В этом случае вред может быть связан как с утаиванием информации, с обманом пациента, так и с сообщением ему правдивой информации. Вред пациенту может проистекать и из того, что врач или любой другой работник лечебного учреждения сообщает медицинскую информацию о данном пациенте третьим лицам (нарушает правило конфиденциальности). Раскрытие такой информации является нарушением закона, защищающего врачебную тайну, и в таких случаях нельзя говорить о том, что данный вред неизбежен. Но и в тех ситуациях, когда закон допускает или даже требует раскрытия этой информации (но только строго определённого кругу лиц!), пациенту тем не менее может быть нанесён вред – который теперь уже оказывается неизбежным, – хотя бы тем самым и была предотвращена опасность нанесения вреда другим людям, скажем, посредством их информирования. (Речь может идти о наличии ВИЧ-

инфекции у пациента, серьёзных психических отклонений, бесплодия и т.д.). Во всех этих случаях речь идёт о причинении пациенту не физического, а морального вреда. Таким образом, принцип «не навреди» предполагает, что пациент получит от врача некое благо. Поэтому тот неизбежно необходимый вред, который врач может в ходе своей деятельности причинить пациенту, не должен превышать того блага, которое приобретается в ходе медицинского вмешательства. Важно также, чтобы при выбираемом варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами. Коротко принцип «не навреди» можно сформулировать так: вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным.

Принцип «делай благо». Этот принцип является расширением и продолжением предыдущего, иногда их даже объединяют. Он известен далеко за пределами медицины и является исходным требованием всех вообще моральных взаимоотношений между людьми. Принцип «делай благо» не запрет, а норма, которая требует некоторых позитивных действий. Он акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению. Имеется в виду любой вред, который врач в состоянии предотвратить либо исправить, будь то боль, страдание, недееспособность, смерть пациента. Наиболее ярким проявлением принципа «делай благо» в медицине является профилактика. Иногда принцип «делай благо» понимается как моральный идеал, а не моральное обязательство. Разные этические теории обязанность делать добро обосновывают по-разному. Утилитаристы данную обязанность считают непосредственным следствием принципа пользы – делая добро другим, мы увеличиваем общее количество блага в мире. В деонтологической этике Канта обязанность делать добро является требованием, вытекающим из категорического императива, – если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим. Юм Д. обосновывал необходимость делать добро другим природой социальных взаимодействий: живя в обществе, я получаю благо от того, что делают другие, а потому и я обязан действовать в их интересах. Целью всего здравоохранения является не просто избегание вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит, и всех людей и общества в целом. Когда были изобретены методы предотвращения таких болезней, как желтая лихорадка или чума, вполне естественным

было осуществление позитивных действий, т.е. принятие специальных программ профилактики этих тяжёлых заболеваний, осуществляемых в общенациональных масштабах.

В целом то благо, которое обязаны преследовать врачи и другие медицинские профессионалы, – это обеспечение здоровья пациентов. Задача здравоохранения – предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, коль скоро есть разумная надежда на его излечение, хотя в ряде случаев приходится довольствоваться и меньшим, например, тем, чтобы приостановить прогрессирующее развитие болезни или даже – в случае паллиативной медицины – облегчить боли и страдания умирающего. Однако проблемы понимания блага всё же существуют. Многовековая традиция медицинской практики состоит в том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чём состоит благо пациента. Такой подход принято называть патерналистским. Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага. В России позиции патернализма вообще и медицинского в частности имеют глубокие корни, со времён, когда земские врачи брали на себя заботу о здоровье малограмотных крестьян. Ни для кого не секрет, что патернализм как норма отношений врач – пациент укоренён в христианской морали. В профессиональной врачебной этике на протяжении более двадцати столетий никогда и никем не оспаривались ценности милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые составляли краеугольное основание морально-нравственного отношения врача к больному, страдающему человеку.

Принцип уважения автономии пациента. Принцип уважения автономии пациента становится одним из основополагающих в биомедицинской этике в последние десятилетия, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента. Этот принцип опирается на представление о том, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств. Согласно деонтологической этике Канта, уважение автономии происходит из признания того, что каждый человек есть безусловная ценность и, следовательно, он в состоянии сам определять собственную судьбу. В этой связи Кант высказал такое соображение,

которое легло в основу практически всех международных и национальных этических кодексов, деклараций и иных документов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека: «Каждая личность – самоцель и ни в коем случае не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага». Речь идёт о том, что благо отдельной личности не просто соразмерно, но даже более значимо, чем благо всего человечества. С этой мыслью Канта перекликаются и знаменитые слова Ф.М. Достоевского из «Братьев Карамазовых» о том, что всеобщее счастье невозможно, если во имя его пролита хотя бы одна слезинка ребёнка. Особенно существенно это требование для практики биомедицинских экспериментов на человеке, ибо ситуация такого эксперимента с неизбежностью несёт в себе конфликтное начало – бремя риска ложится на испытуемого, тогда как предполагаемое благо становится достоянием всего человечества. Разумный вывод, впрочем, состоит отнюдь не в том, чтобы запретить эксперименты на человеке, хотя есть сторонники и такой точки зрения. Речь о том, что риск, которому подвергается испытуемый, должен соразмеряться с ожидаемым именно для него благом, а также о том, что участие в эксперименте должно быть его осознанным и свободным выбором. Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в её планы и поступки и, следовательно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Из этого, конечно, не следует, что окружающие никогда не вправе препятствовать автономным действиям. В каждом случае ограничение автономии должно специально обосновываться другими принципами. Дело не в том, что этот принцип никогда и ни при каких обстоятельствах не должен нарушаться. Если в той или иной конкретной ситуации его требования вступают в противоречие с требованиями какого-либо другого принципа, например, принципа «не навреди», то возникает необходимость нарушить один из них. Например, если речь идёт об информировании безнадежно больного пациента о диагнозе его заболевания. Само сообщение правдивой информации может нанести человеку непоправимый вред, если он не готов к этому психически и Термин «патернализм» чаще используется в социально-политических теориях и характеризует такой тип отношений государства и подданных либо граждан, при котором государство изначально считает себя безусловным представителем и выразителем их блага и их интересов, не заботясь о выявлении их

мнений и интересов. Кант считал сутью патерналистского правительствa великодушное ограничение свободы его субъектов, т.е. подданных, и характеризовал его как наихудший мыслимый деспотизм. морально. Впрочем, ныне действующее российское законодательство даёт пациенту право знать о таком диагнозе, хотя при этом отмечается, что информация должна быть сообщена «в деликатной форме». Следует также отметить, что действие принципа уважения автономии естественным образом ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно, – детей, пациентов с некоторыми психическими заболеваниями, тех, кто находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и т.п. При этом существенно, что ограничение автономии оправдывается другим принципом – «делай благо», т.е. действуй с целью защиты такого человека от вреда, который он может причинить себе.

Принцип справедливости. Термин «справедливый» чаще понимается в смысле «морально одобряемый», «правильный». Такая трактовка не всегда совпадает с пониманием справедливости в биомедицинской этике. Например, при испытаниях новых лекарственных препаратов или методов лечения обычно бывает необходимо разбивать испытуемых на две группы. Те, кто вошёл в первую группу, получают испытываемый препарат. Тем же, кто оказался в другой группе (её называют контрольной), вместо этого препарата дают безвредную имитацию его – плацебо, причём сами они об этом не знают. Можно сказать, что обман испытуемых из второй группы является несправедливостью по отношению к ним. Однако этот обман будет нарушением не только принципа справедливости (в контрольной группе препарат не получают, а на его эффект рассчитывают), но рассмотренного ранее принципа уважения автономии. Что касается принципа справедливости, как он понимается в биомедицинской этике, то его можно сформулировать примерно так: каждый должен получать то, что ему причитается. Проблема возникает при распределении ограниченного ресурса (квалифицированные специалисты, медицинские установки, препараты, финансы и пр.) В этом случае необходимо определить критерий распределения. Основная трудность, с которой приходится иметь дело при распределении ограниченного ресурса, состоит в определении того, какая его доля должна по справедливости причитаться каждому, кто в нём заинтересован. Для решения этой задачи приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости. Известен восходящий к Аристотелю критерий справедливости, который можно сформулировать так: равные должны рассматриваться

равно, а неравные должны рассматриваться неравно. Однако проблема распределения, соразмерения остаётся нерешённой. Принцип справедливости, подобно каждому из рассмотренных ранее принципов, имеет не абсолютную, но лишь относительную силу.

«Информированное согласие» пациента на медицинское вмешательство. Модель взаимоотношений врача и пациента, основанная на информированном согласии пациента на медицинское вмешательство, предполагает предоставление больному всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение. В рамках данной модели чётко разграничиваются объективные факты и пожелания больного. При этом врач меняет роль «отца» на роль консультанта или компетентного эксперта-профессионала. Это означает, что при расхождении мнения пациента с объективными медицинскими данными врач должен отдавать предпочтение мнению и решению пациента. С 1993 г. данные ориентации стали основополагающими и для российского медицинского сообщества. Согласно ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» пациент имеет право на «информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих Основ, на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 настоящих Основ». В западной литературе распространено отношение к происходящим изменениям как фундаментальной смене «моральных парадигм». Например, Р. Витч (США) полагает, что в патерналистской (он называет её «сакральной») парадигме «моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство». Модель моральных отношений, которая соответствует реальным условиям, – это модель, основанная на контракте, соглашении и согласии. «Здесь два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидаемой взаимной выгоды». На самом деле отношение между «патернализмом» и «информированным согласием» не носит взаимоисключающий и несовместимый характер прежде всего потому, что они представляют различные типы отношений, а именно: патернализм – морально-этические отношения, информированное согласие – правовые. Дискредитация и отказ от патернализма способны не только выхолостить морально-нравственные отношения в медицине, но могут повредить как пациенту, так и врачу. В связи с этим нельзя не обратить внимания на то, как раскрыто фундаментальное значение патернализма для лечебного

дела известным профессором, хирургом В.Ф. Войно-Ясенецким. В работе «Дух, душа и тело», которую В.Ф. Войно-Ясенецкий начал в 1920-х гг., будучи только врачом, доктором медицинских наук, а закончил в 1947 г., будучи уже архиепископом Крымским и Симферопольским Лукой, он раскрывает необходимость патерналистских отношений между врачом и пациентом, основываясь на трёх позициях. Первая позиция связана с принципом доверия к врачу. Профессор Войно-Ясенецкий утверждал, что «доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни». Он разделял принцип врачебного сообщества, который окончательно формировался к XVI в., согласно которому успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше».

Понимание доверия больного к врачу как элемента терапии непосредственно связано с пониманием веры в христианстве. Но если религиозная вера человека – прежде всего дар, то вера и доверие больного врачу в значительной степени зависит от самого врача. Причём сформировать у больного и укрепить это доверие не только может, но и даже обязан врач. Вторая позиция связана с вопросом, как же формировать это доверие, т.е. посвящена раскрытию механизма формирования доверия. Для ответа на этот вопрос святитель Лука (Войно-Ясенецкий) прибегал к учению о центральной нервной системе. Он писал: «Физиологи вполне выяснили зависимость психических актов и состояний от нормальных процессов или патологических функций нервной системы вообще». Причём «центральная нервная система главенствует над всеми соматическими процессами, определяет и направляет работу всех органов, их рост и трофическое состояние, могущественно воздействует на течение физиологических процессов». Кроме прочего, принцип информированного согласия может быть рассмотрен как долго искомая и наконец найденная форма правовой защищённости рисков врача, незастрахованного от так называемых врачебных ошибок. Юридически врачебная ошибка квалифицируется как «ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности» или как «обстоятельство, смягчающее ответственность врача»³⁴. В этих условиях принцип информированного добровольного согласия пациента выступает как правовая основа взаимоотношений врач – пациент, делая врача более защищённым при исковом заявлении пациента. Тем не менее, многими информированное согласие рассматривается и как непосредственная форма защиты прав пациента. В чём же проявляется эта защита?

Во-первых, в предоставлении больному полной информации о заболевании. Во-вторых, в утверждении права на самоопределение пациента, на выбор медицинского вмешательства согласно его пониманию и представлениям. В-третьих, в обязанности врача реализовать выбор больного с последовательным информированием о ходе и результатах диагностических процедур и лечения. Нельзя забывать при этом, что особенностью информированного согласия является не только допускаемое противоречие между объективными медицинскими показаниями и пожеланиями больного, но и принцип принятия субъективного решения пациента иногда с заведомо необъективными основаниями. В связи с этим роль врача в системе взаимоотношений по типу «информированное согласие» заключается в решении трёх задач. Первое – подготовка и подача информации, которая должна привести пациента к выбору верного решения, и при этом свободна от элементов принуждения и манипуляции. Второе – признание автономного решения пациента. Третье – добросовестное осуществление лечения, выбранного пациентом.

1.2. ПРАВА ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ. ПРАВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, СПОСОБЫ И СРЕДСТВА ИХ ЗАЩИТЫ

Практика реформирования современного здравоохранения, функционирования страховой медицины и развития соответствующей законодательной базы идет по пути возрастания ответственности субъектов оказания медицинской помощи и страховой медицины за качество предоставляемой медицинской помощи, за нарушение установленных законодательством прав пациентов. Это определяет наличие большого круга лиц, заинтересованных в разработке универсального механизма обеспечения и защиты прав граждан при оказании медицинской помощи, позволяющего надлежащим образом разрешать конфликты, возникающие в связи с некачественным оказанием медицинской услуги.

Принято различать право в объективном и субъективном смысле.

Право в объективном смысле представляет собой систему юридических норм, выраженных в соответствующих нормативных актах и не зависящих от каждого отдельного индивида. Право пациента в объективном смысле, следовательно, определяется всей совокупностью юридических норм, законодательно закрепленных в нормативных актах, регулирующих отношения в сфере здравоохранения. **Право в субъективном смысле** – это

система наличных прав и свобод субъектов, их конкретные правомочия, вытекающие и зависящие от воли и сознания, особенно в процессе их использования. **Пациент** – лицо, обратившееся в лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, к врачу частной практики за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи независимо от того, болен он или здоров. **Права пациента** – это специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

Говоря о правах пациента, следует отдельно выделять права социальные и индивидуальные.

Социальные права в области охраны здоровья связаны с социальными обязательствами, возложенными на правительство, общественные или частные организации по разумному обеспечению всего населения медицинской помощью. Что является разумным в терминах объема и номенклатуры доступных услуг, степени совершенства и специализации медицинских технологий, определяют политические, социальные, культурные и экономические факторы. Социальные права также связаны с равной доступностью медицинской помощи для всех жителей страны или географического региона и устранением финансовых, географических, культурных, социальных, психологических и иных дискриминирующих барьеров.

Социальные права – **достояние всего общества**. Они определяются уровнем развития общества в целом и в какой-то мере политической ориентацией на приоритеты в развитии общества. В отличие от социальных, индивидуальные права пациента легче определить и легче проверить их исполнение.

Под **индивидуальными** подразумевают такие **права**, которые неотделимы от личности пациента. На сегодняшний день международная практика выработала оптимальный объем индивидуальных прав пациента, который адекватно проецируется при формировании или реформировании законодательства внутригосударственного уровня.

Основными индивидуальными правами пациента являются: право на уважительное, гуманное отношение к личности при оказании медицинской помощи; право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, возможном риске, возможных последствиях отказа от лечения; право на осознанное согласие и

информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства; право на конфиденциальность при обращении за медицинской помощью; право выбора и замены врача и лечебного учреждения; право на качественную медицинскую помощь, соответствующую состоянию здоровья пациента; право на облегчение страданий и достойную смерть.

Осуществление прав пациента предполагает наличие механизмов их реализации и защиты.

Реализация прав пациента – это комплекс мер, направленных на претворение, воплощение права в фактической деятельности организаций, государственных органов, должностных лиц и граждан.

Выделяют четыре формы реализации права – соблюдение (воздержание от совершения запрещенных неправовых действий), исполнение (активное исполнение предусмотренных в праве обязанностей путем совершения положительных действий), использование (осуществление участниками регулируемых правом общественных отношений, своих прав, предусмотренных в нормах), применение (организация государством осуществления конкретными субъектами адресованных им правовых требований). **Защита прав пациента** – комплексная система мер, применяемых в тех случаях, когда беспрепятственно реализовать права пациента не удастся без соответствующей правоприменительной деятельности со стороны полномочных государственных и общественных организаций. Таким образом, обеспечение прав пациентов – это система правовых средств, организованных наиболее последовательным образом в целях фактической реализации прав пациента и преодоления препятствий, стоящих на пути его интересов.

В настоящее время наиболее заметной тенденцией практически во всех государствах является преобладание различных средств внесудебной защиты интересов и прав пациентов над традиционно существующими судебными. При этом отмечается расширение участия различных организаций в обеспечении защиты прав пациентов и развитие эффективных механизмов и средств, защищающих права пациентов как потребителей медицинских услуг.

Правовой основой охраны здоровья в России прежде всего является Основной Закон государства – **Конституция РФ**. В ст. 41 Конституции РФ указывается, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно

Медицинское право

за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений.

Граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья (ст. 17 Основ). Государство обеспечивает охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Гарантируется защита от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у гражданина какого-либо заболевания.

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние. Такая информация представляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам при их запросе. Данное право граждан в случае необходимости может устанавливаться судебными инстанциями.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплаты пособия по временной нетрудоспособности.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъектов РФ и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со ст. 53 Основ.

В целях охраны здоровья граждан, предупреждения инфекционных и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти, проходят обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры.

Наряду с общими правами, государство предоставляет **отдельные права** различным категориям граждан. Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает им медицинскую помощь по месту жительства. Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. При этом данному лицу выдается листок нетрудоспособности. В соответствии со статьей 23 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

В соответствии со статьей 259 Трудового кодекса РФ, запрещаются направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни беременных женщин.

Направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, допускаются только с их письменного согласия и при условии, что это не запрещено им в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. При этом женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, должны быть ознакомлены в письменной форме со своим правом отказаться от направления в служебную командировку, привлечения к сверхурочной работе, работе в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни.

Указанные гарантии предоставляются также матерям и отцам, воспитывающим без супруга (супруги) детей в возрасте до пяти лет, работникам, имеющим детей-инвалидов, и работникам, осуществляющим уход за больными членами их семей в соответствии с медицинским заключением.

Статьей 260 ТК РФ предусмотрено, что перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него либо по

окончании отпуска по уходу за ребенком женщине по ее желанию предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск независимо от стажа работы у данного работодателя.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременными женщинами не допускается, за исключением случаев ликвидации организации либо прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем (ст. 261 ТК РФ).

Статья 262 ТК РФ устанавливает, что одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из указанных лиц либо разделены ими между собой по их усмотрению. Оплата каждого дополнительного выходного дня производится в размере и порядке, которые установлены федеральными законами.

Женщинам, работающим в сельской местности, может предоставляться по их письменному заявлению один дополнительный выходной день в месяц без сохранения заработной платы.

В соответствии со ст. 263 ТК РФ работнику, имеющему двух или более детей в возрасте до четырнадцати лет, работнику, имеющему ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет, одинокой матери, воспитывающей ребенка в возрасте до четырнадцати лет, отцу, воспитывающему ребенка в возрасте до четырнадцати лет без матери, коллективным договором могут устанавливаться ежегодные дополнительные отпуска без сохранения заработной платы в удобное для них время продолжительностью до 14 календарных дней. Указанный отпуск по письменному заявлению работника может быть присоединен к ежегодному оплачиваемому отпуску или использован отдельно полностью либо по частям. Перенесение этого отпуска на следующий рабочий год не допускается.

Гарантии и льготы, предоставляемые женщинам в связи с материнством, распространяются на отцов, воспитывающих детей без матери, а также на опекунов (попечителей) несовершеннолетних (ст. 264 ТК РФ).

Порядок выплаты пособий на детей установлен Федеральным законом от 19 мая 1995 N 81-ФЗ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей". Законом установлены следующие виды государственных пособий: пособие по беременности и родам; единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; единовременное пособие при рождении ребенка; ежемесячное пособие по уходу за

ребенком; ежемесячное пособие на ребенка; единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью; единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву; ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву.

В соответствии с ФЗ от 29 декабря 2006 года N 256-ФЗ "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей", право на дополнительные меры государственной поддержки возникает при рождении (усыновлении) ребенка (детей), имеющего гражданство Российской Федерации, у следующих граждан Российской Федерации независимо от места их жительства: женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка начиная с 1 января 2007 года; женщин, родивших (усыновивших) третьего ребенка или последующих детей начиная с 1 января 2007 года, если ранее они не воспользовались правом на дополнительные меры государственной поддержки; мужчин, являющихся единственными усыновителями второго, третьего ребенка или последующих детей, ранее не воспользовавшихся правом на дополнительные меры государственной поддержки, если решение суда об усыновлении вступило в законную силу с 1 января 2007 года.

Право на дополнительные меры государственной поддержки возникает со дня рождения (усыновления) второго, третьего ребенка или последующих детей независимо от периода времени, прошедшего с даты рождения (усыновления) предыдущего ребенка (детей), и может быть реализовано не ранее чем **по истечении трех лет** со дня рождения (усыновления) второго, третьего ребенка или последующих детей.

В соответствии с ФЗ "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей", устанавливается материнский (семейный) капитал в размере 250000 рублей. Его размер ежегодно пересматривается с учетом темпов роста инфляции и устанавливается федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год. Распоряжение средствами материнского капитала осуществляется с целью улучшения жилищных условий; получения образования ребенком (детьми); формирования накопительной части трудовой пенсии.

Еще одной категорией являются граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту. Такие лица проходят медицинское освидетельствование и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях на прохождение военной службы. В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии граждане,

подлежащие призыву, имеют право на проведение независимой экспертизы и (или) обжалование заключений военно-врачебной комиссии в судебном порядке.

Лица, задержанные, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, в том числе беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период, имеют право на получение медицинской помощи, в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов.

В настоящее время отношения "пациент – система здравоохранения" в нашей стране все больше переходят в сферу гражданско-правового регулирования, в которой пациент должен выступать как **равноправный субъект** медицинского страхования.

Основные права пациента при оказании ему медицинской помощи включают:

1. Право на получение медицинской информации.

Законом установлено, что каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация о состоянии здоровья гражданина представляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста пятнадцати лет, больных наркоманией, не достигших возраста 16 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, – их законным представителям (близким родственникам, опекунам, попечителям, доверенным лицам), лечащим врачом, заведующим отделением ЛПУ или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. Информация о состоянии здоровья не может быть представлена гражданину помимо его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у

других специалистов. По требованию гражданина ему представляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Указанное право имеет важное значение, поскольку отсутствие или недостаточная информированность пациента о состоянии его здоровья может привести к непоправимым последствиям.

2. Право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении пациента.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну. **Врачебная тайна** – это информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе (названии) его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, запрещается. С согласия гражданина или его законного представителя (назначенного им представителя, назначенного судом опекуна) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам. Прежде всего должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. Без разрешения пациента (или его представителя) передача сведений о нем считается незаконной (т.е. считается разглашением врачебной тайны). В некоторых предусмотренных законом случаях допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (ст. 61 Основ):

- 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;
- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 Основ, для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В тех случаях, когда есть основания, позволяющие предполагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий, информация передается медицинским учреждением, службой скорой помощи в органы внутренних дел. При этом у пациента выявляются повреждения насильственного характера, к которым относят: повреждения, связанные с огнестрельными, колото-резаными, рублеными ранами, переломами, обморожениями, ушибами, сотрясением мозга и т.д.; телесные повреждения и отравления, связанные с покушением на самоубийство; телесные повреждения и отравления, полученные при ожогах кислотами и различными токсичными веществами; ранения и травмы, полученные при взрывах и других чрезвычайных происшествиях; травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением с огнестрельным оружием и боеприпасами; травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий; телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушениями техники безопасности на производстве; иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Уголовная ответственность наступает, но нормам ч. 2 ст. 137 УК РФ (нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения), гражданская ответственность наступает в форме предъявления иска о возмещении морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны.

3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Суть указанного права заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство, в противном случае действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений. Однако поскольку пациент не является специалистом в области медицины, для принятия взвешенного решения и дачи согласия на медицинское вмешательство ему необходима информация о сути вмешательства, его причинах, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах лечения. Представить пациенту такую информацию может только **профессионал** – исполнитель медицинской услуги, на которого закон и возлагает обязанность информировать пациента. Согласие на медицинское вмешательство, как правило, оформляется письменно в виде записи в медицинской документации (истории болезни) либо в виде отдельного документа, который подписывает больной.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум или лечащий врач. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста пятнадцати лет, больных наркоманией, не достигших возраста 16 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители, а при отсутствии таковых решает консилиум или лечащий врач. Отсутствие юридических критериев надлежащего предоставления информации существенно ограничивает возможности реализации права пациента на практике и защиты в случае его нарушения.

4. Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеют право отказать от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином, либо его законным представителем, а также медицинским работником. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, больных

наркоманией, не достигших возраста 16 лет, либо законных представителей лица, признанного недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц совершивших общественно опасные деяния.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регулируется санитарным законодательством. Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводится без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

Для того чтобы принудительное помещение в психиатрическую лечебницу считалось законным, необходимо выполнить три требования: во-первых, за исключением чрезвычайной ситуации, объективная медицинская экспертиза должна со всей обоснованностью сделать заключение, что человек действительно страдает психическим заболеванием; во-вторых, психическое заболевание должно быть такой степени тяжести, которое делает необходимым принудительное помещение в психиатрическую лечебницу; в-третьих, психическое заболевание должно сохраняться в течение принудительного нахождения в больнице (по материалам Постановления Европейского суда по правам человека от 28 октября 2003 г., дело N 58973/00). В соответствии со статьей 22 (часть 2) Конституции РФ ограничение свободы допускается только по решению суда; до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов. Как указано в Определении Конституционного Суда РФ N 62-О от 10 марта 2005 г., правила статей 32 – 35 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" согласуются с приведенными конституционными предписаниями. Эти правила, подлежащие применению в

конкретных делах во взаимосвязи с положениями главы 35 "Принудительная госпитализация гражданина в психиатрический стационар и принудительное психиатрическое освидетельствование" ГПК РФ (статьи 302 – 306), предусматривают, в частности, судебный порядок разрешения вопроса о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар, обращение представителя психиатрического учреждения в суд с заявлением о принудительной госпитализации **в течение 48 часов** с момента помещения гражданина в стационар, при возбуждении дела – обязательное продление судьей пребывания гражданина в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, предоставление права госпитализируемому лицу лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации, обязательное участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого разрешается вопрос о госпитализации, предоставление права обжалования судебного постановления самим лицом, помещенным в психиатрический стационар, либо его представителем.

В соответствии с п. 8 ч. 1 ст. 262 и ч. 1 ст. 263 ГПК РФ рассмотрение гражданских дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар относится к особому производству, которое осуществляется по общим правилам искового производства с особенностями, предусмотренными главой 35 данного Кодекса. При этом правосудие по делам указанной категории, как и по всем другим гражданским делам, должно осуществляться на основе принципов равенства всех перед законом и судом, состязательности и равноправия сторон (ст. ст. 6 и 12 ГПК РФ). В силу названных принципов и правил доказывания в гражданском судопроизводстве психиатрическое учреждение при обращении в суд обязано доказать наличие обстоятельств, которые являются основанием для принудительной госпитализации лица. Заключение врачей-психиатров психиатрического учреждения выступает в качестве одного из предусмотренных законом доказательств, которые оно обязано представить суду, но, однако, не является заключением эксперта (экспертов) в смысле статьи 86 ГПК РФ.

Данное заключение подлежит проверке по общим правилам исследования и оценки доказательств (ч. 1 ст. 55, ст. ст. 56 и 67 ГПК РФ). При этом лицо, помещенное в психиатрический стационар, и его представитель вправе оспаривать его достоверность, в том числе путем постановки перед судом вопроса о назначении су-

дебно-психиатрической экспертизы (статьи 57 и 79 ГПК РФ), производство которой в случае ее назначения судом поручается эксперту (экспертам), не находящемуся в служебной или иной зависимости от психиатрического учреждения, представившего заключение.

В Определении Конституционного Суда РФ N 194-О от 8 июня 2004 года отмечено, что согласно Всеобщей декларации прав человека (ст. 8), Международному пакту о гражданских и политических правах (п. 1 ст. 14), Конвенции о защите прав человека и основных свобод (п. 1 ст. 6) под **судебной защитой** понимается эффективное восстановление каждого в правах независимым судом на основе справедливого судебного разбирательства, что предполагает обеспечение состязательности и равноправия сторон, в том числе предоставление им достаточных процессуальных правомочий для защиты своих интересов при осуществлении всех процессуальных действий, результат которых имеет существенное значение для определения прав и обязанностей.

К числу таких процессуальных действий относится помещение подозреваемого (обвиняемого) в психиатрический стационар, поскольку с этим сопряжено ограничение не только его свободы, но и возможности полноценно осуществлять судебную защиту своих прав. Не случайно Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" требует обязательного участия лица, в отношении которого ставится вопрос о принудительном помещении в психиатрический стационар, в заседании суда (ст. ст. 29, 34).

В отношении лиц, совершивших общественно опасное деяние, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, которые установлены законодательством РФ.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия или по решению суда. На территории РФ лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации. Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в РФ, осуществляется в порядке, устанавливаемом Советом Министров РФ, а иностранные граждане, постоянно проживающие в РФ, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное. Поскольку нормы, касающиеся обязательного медицинского

страхования, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора, при занятости иностранными гражданами трудовой деятельностью в Российской Федерации обязательное медицинское страхование и выдача им страховых медицинских полисов обязательного страхования осуществляется наравне с другими работниками данных предприятий, учреждений и организаций, а срок действия страхового медицинского полиса обязательного страхования определяется сроком действия заключенного с иностранным гражданином трудового договора (контракта). Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, предусматривает оказание им медицинской помощи, включая медико-транспортные услуги, и в том числе экстренную эвакуацию (репатриацию).

Предоставление и финансирование медицинской помощи иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации, в рамках медицинского страхования осуществляется в соответствии с договором медицинского страхования и размером фактически выплаченного страхового взноса, но в объеме не меньшем, чем предусмотрено минимальным перечнем медицинских услуг (включая медико-транспортные услуги), оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации, утверждаемым Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

В минимальный перечень медицинских услуг (включая медико-транспортные услуги), оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации, включены: медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи; медицинская помощь в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях при внезапном расстройстве здоровья и несчастных случаях в объеме, необходимом для устранения угрозы жизни пациента и (или) снятия острой боли; транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, включая медицинское сопровождение (медицинская бригада, врач, медицинская сестра), с места заболевания (происшествия) в медицинское учреждение; посмертная репатриация (транспортировка) останков.

Согласно ФЗ "О беженцах", лицо, признанное беженцем, и прибывшие с ним члены его семьи имеют право на медицинскую и лекарственную помощь наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Медицинское право

Соответственно, обязательное медицинское страхование иностранных граждан и членов их семей, прибывших в Российскую Федерацию по основаниям, предусмотренным Федеральным законом "О беженцах", осуществляется на общих основаниях с гражданами РФ, в случае установления им органами Федеральной миграционной службы России юридического статуса беженца и выдачи соответствующего удостоверения. При этом страхователями для неработающих иностранных граждан, признанных беженцами, являются органы исполнительной власти, местная администрация. Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан. Согласно ФЗ от 15 августа 1996 г. N 114-ФЗ "О порядке выезда из РФ и въезда в РФ", оплата медицинской помощи гражданину РФ, за исключением гражданина РФ, направляемого в служебную командировку, при выезде из РФ осуществляется согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования или заменяющим его документом, действительными для получения медицинской помощи за пределами территории РФ, либо при наличии гарантии физического или юридического лица, приглашающего гражданина РФ возместить расходы на оказание медицинской помощи (лечение в медицинском учреждении). При отсутствии указанных документов расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации несет сам гражданин.

Постановление Правительства РФ от 01 октября 1998 г. N 1142 "О реализации отдельных норм ФЗ "О порядке выезда из РФ и въезда в РФ" утвердило Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам РФ, находящимся на территории иностранного государства.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04 июня 2007 г. N 398 "О порядке направления граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации" (вместе с Порядком направления граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета) предусматривает, что направление граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации осуществляется Правительством РФ за счет средств федерального бюджета в следующем порядке.

На лечение за пределами территории Российской Федерации направляются граждане Российской Федерации в случае невозможности осуществления диагностики или лечения в Российской Федерации.

Основанием для рассмотрения вопроса о направлении больного на лечение за пределами территории Российской Федерации является письменное обращение больного (его законного представителя) о необходимости лечения за пределами территории Российской Федерации, содержащее данные документа, удостоверяющего личность, сведения о месте жительства и месте пребывания, заверенное личной подписью больного (его законного представителя), поданное в Правительство РФ.

Дополнительно к письменному обращению больного (его законного представителя) прилагаются копия документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации; выписка из истории болезни, выданная федеральным учреждением здравоохранения, с указанием сведений о состоянии здоровья, проведенных обследованиях и лечении, рекомендаций по дополнительной диагностике и лечению за пределами территории Российской Федерации.

Правительство РФ **в течение трех рабочих дней** со дня поступления документов осуществляет их регистрацию и заносит сведения о больном в лист ожидающих направления на лечение за пределами территории РФ. В течение пяти дней со дня регистрации документов Правительство РФ направляет копии документов в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития для подготовки информации о применении (неприменении) на территории Российской Федерации методов диагностики и лечения, рекомендованных больному; в профильное федеральное учреждение здравоохранения для подготовки заключения о целесообразности (нецелесообразности) направления больного на лечение за пределами территории РФ.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития **в десятидневный срок** со дня получения документов рассматривает их и направляет в Правительство РФ, а также больному (его законному представителю) информацию о применении (неприменении) на территории РФ методов диагностики и лечения, рекомендованных больному.

Профильное федеральное учреждение здравоохранения рассматривает поступившие документы, осуществляет осмотр больного в амбулаторных и (или) стационарных условиях и представляет в Правительство РФ заключение о целесообразности (нецелесообразности) направления больного на лечение за пределами территории РФ, а его копию – больному (его законному представителю), в срок, **не превышающий 30 дней** со дня поступления документов.

В случае принятия заключения о целесообразности направления больного на лечение за пределами территории Российской Федерации его копия направляется главному внештатному специалисту-эксперту Министерства здравоохранения и социального развития РФ и (или) Правительства РФ по профилю, соответствующему профилю основного заболевания больного.

Главный внештатный специалист-эксперт **в течение 5 дней** со дня получения копии заключения о целесообразности направления больного на лечение за пределами территории РФ представляет в Правительство РФ заключение о том, что при диагностике и лечении больного были использованы все показанные ему в соответствии с имеющимся заболеванием разрешенные к применению на территории РФ методы диагностики и лечения, а также рекомендации по лечению больного в условиях конкретной иностранной медицинской организации.

Решение о направлении больного на лечение за пределами территории Российской Федерации принимается Правительством РФ в срок, **не превышающий 14 дней** со дня поступления заключения главного внештатного специалиста-эксперта. При принятии решения о направлении больного на лечение за пределами территории РФ комиссия определяет иностранную медицинскую организацию с учетом медицинских показаний и показателей эффективности необходимого лечения, а также рассматривает вопрос о необходимости сопровождения больного.

Решение о направлении больного на лечение за пределами территории Российской Федерации составляется на русском и английском языках. Копия решения о направлении больного на лечение за пределами территории Российской Федерации Правительством РФ направляется больному (его законному представителю).

Правительство РФ на основании решения о направлении больного на лечение за пределами территории РФ заключает договор с иностранной медицинской организацией о проведении лечения, предусматривающий срок и условия оплаты медицинской помощи, а также согласованную сторонами смету расходов; перечисляет иностранной медицинской организации средства в иностранной валюте; направляет больного на лечение за пределами территории РФ в соответствии с очередностью, установленной листом ожидающих направления на лечение за пределами территории РФ; выделяет больному и сопровождающему его лицу средства в иностранной валюте в соответствии с Правилами оплаты расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан РФ за

пределами территории РФ. В исключительных случаях, когда медицинское вмешательство неотложно, Председателем Правительства РФ либо в случае его отсутствия одним из его заместителей может быть принято решение о рассмотрении на расширенном заседании с участием представителей профильного федерального учреждения здравоохранения, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и главного внештатного специалиста-эксперта вопроса о направлении больного на лечение за пределами территории РФ за счет средств федерального бюджета без получения предварительных заключений.

При заключении договоров обязательного медицинского страхования неработающего населения предусматривается оплата из средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи (в объеме и на условиях действующей на данной территории территориальной программы обязательного медицинского страхования), а также дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан в соответствии с ФЗ от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" по программам государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, предусматривающим обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача при оказании амбулаторной помощи.

Право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют следующие граждане: инвалиды войны; участники Великой Отечественной войны; ветераны боевых действий (Приложение 5) и др. (см. ст. 6.1 указанного Федерального закона).

В состав предоставляемого набора социальных услуг включается дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера), предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемые в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании; а также бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, на междугородном транспорте к месту лечения и обратно. Перечень лекарственных средств, отпускаемых при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ 18 сентября 2006 г. N 665 "Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам

врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи". При предоставлении социальных услуг граждане, имеющие ограниченные способности к трудовой деятельности III степени, и дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

В зависимости от того, какого рода нарушения прав пациента допущены, какие в связи с этим наступили последствия, в правоотношения, возникающие по поводу привлечения к юридической ответственности правонарушителя, могут вступать одновременно несколько сторон: потребитель медицинской услуги – пациент; производитель медицинской услуги – лечебное учреждение как самостоятельное лицо и (или) конкретный медицинский работник; СМО (ТФОМС) – как лица, на которые договорными и (или) правовыми нормами возложена обязанность обеспечивать контроль качества медицинской помощи, оказываемой в системе ОМС и защищать права застрахованных; государство в лице соответствующих органов, наделенных властными полномочиями, как гарант соблюдения прав граждан.

Для того чтобы определить, какие механизмы могут быть использованы лицами, заинтересованными в защите прав пациента, представляется целесообразным классифицировать все возможные случаи нарушений прав пациента при обращении за медицинской помощью.

Выделяются следующие виды нарушений прав пациента.

Нарушение права на оказание медицинской помощи надлежащего объема и качества.

1 Необоснованный отказ от оказания медицинской помощи.

При поступлении жалобы (претензии) на необоснованный отказ от оказания медицинской помощи (необоснованный отказ от направления на госпитализацию, необоснованный отказ в госпитализации, необоснованный отказ в оказании неотложной, амбулаторной, специализированной медицинской помощи) необходимо запросить информацию, подтверждающую данный факт.

Медицинское право

Если жалоба (претензия) обоснована, ТФОМС назначает экспертизу качества медицинской помощи или передает жалобу страховщику для рассмотрения ее по существу и наложения в случае необходимости финансовых санкций на виновное ЛПУ.

При проведении экспертизы по жалобе на отказ в оказании медицинской помощи необходимо выяснить следующее:

являлись ли причины отказа в оказании помощи необоснованными;

причинили данные действия вред здоровью пациента или нет;

существует ли причинная связь между необоснованным отказом в оказании медицинской помощи и причиненным здоровью застрахованного вредом.

В случае если этими действиями вред здоровью пациента не причинен, то акт (заключение) экспертизы передается администрации ЛПУ с рекомендацией: оказать медицинскую помощь, госпитализировать или выдать направление на госпитализацию. Если администрация ЛПУ согласна, то она информирует ТФОМС или СМО о мерах, принятых в данном случае.

В случае несогласия с результатами экспертизы администрация ЛПУ вправе поставить вопрос о проведении повторной экспертизы.

По результатам экспертизы администрации ЛПУ может быть рекомендовано привлечь конкретных виновных работников к дисциплинарной ответственности.

Если необоснованный отказ в оказании медицинской помощи повлек за собой причинение вреда здоровью застрахованного (наступило ухудшение состояния здоровья и т.д.), акт (заключение) экспертизы передается юридической службе ТФОМС (СМО) для осуществления претензионно-исковой работы. В случае признания отказа в оказании медицинской помощи необоснованным возможно предъявление к ЛПУ претензии о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью.

Если ЛПУ после получения претензии отказывается возместить вред в добровольном порядке, то возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью, в том числе и морального, осуществляется в исковом порядке по правилам, предусмотренным главой 59 ГК РФ.

В случаях, предусмотренных договором между ЛПУ и ТФОМС (СМО), ТФОМС может наложить на ЛПУ финансовые санкции.

В случае обнаружения признаков преступления виновный медицинский работник может быть привлечен к уголовной ответственности по нормам ст. 124 УК РФ за неоказание помощи больному. Поводом к возбуждению уголовного дела может являться поступившая в органы прокуратуры или предварительного следствия жалоба пациента, информация от СМО или ТФОМС.

2 Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, не повлекшие причинение вреда здоровью застрахованного.

Жалоба может содержать информацию о некачественном лечении, сомнения в правильности лечения без нанесения реального вреда здоровью застрахованного.

При поступлении от застрахованного жалобы проводится экспертиза качества медицинской помощи. В случае выявления экспертизой дефектов в оказании медицинской помощи решается вопрос о привлечении ЛПУ к гражданской ответственности.

В случае, когда недостатки медицинской услуги, входящей в территориальную программу ОМС, исправляются посредством получения платной медицинской помощи, застрахованный вправе потребовать от ЛПУ:

безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;

повторного оказания услуги;

возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами;

возмещения морального вреда как в досудебном (претензионном), так и в исковом порядке.

Администрация ЛПУ может привлечь виновных работников к дисциплинарной ответственности.

В случаях, предусмотренных договором ЛПУ со СМО, СМО может наложить на ЛПУ финансовые санкции: проведение повторного лечения бесплатно (если лечение уже оплачено), частичный отказ от оплаты, отказ от оплаты.

3 Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, повлекшие причинение вреда здоровью или смерть застрахованного.

При поступлении от застрахованного жалобы проводится экспертиза качества медицинской помощи.

Эксперты разрешают следующие вопросы:

имели ли место факты причинения вреда жизни и здоровью, характер причиненного вреда;
противоправность действий медицинского персонала;
причинная связь между противоправными действиями медицинских работников и причиненным пациенту вредом.

В случае причинения вреда жизни и здоровью ЛПУ может привлекаться к **гражданской ответственности** в соответствии с правилами, предусмотренными гл. 59 ГК РФ. Право на возмещение ущерба имеет сам пациент или его родственники в случае летального исхода.

ЛПУ можно привлечь и к **административной ответственности**: штрафы, налагаемые на ЛПУ со стороны органов санитарно-эпидемиологического надзора, федерального органа по стандартизации, метрологии и сертификации, за уклонение или несвоевременное исполнение их предписаний о прекращении нарушений прав потребителей медицинских услуг (СМО (ТФОМС) информирует данные органы о нарушениях прав застрахованных и об исполнении предписаний, о прекращении нарушений прав застрахованных).

При установлении конкретного виновного медицинского работника возможно привлечение его к **дисциплинарной ответственности** или к **уголовной ответственности** (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей), о чем СМО (ТФОМС) информирует органы прокуратуры и предварительного следствия.

Возможно привлечение к дисциплинарной и уголовной ответственности и в случае внутрибольничного инфицирования (например, уголовная ответственность наступает при ВИЧ-инфицировании).

Застрахованный также может предъявить иск о возмещении морального вреда.

Финансирующий орган в соответствии с договором может наложить на ЛПУ штрафные санкции или отказаться от оплаты услуги.

Применение нещадящих (болевых) методов лечения при возможности их исключения или использования иных, щадящих методов.

При признании жалобы обоснованной предъявляется иск о возмещении морального вреда, конкретные виновные работники привлекаются к дисциплинарной ответственности.

Необоснованное взимание или требование платы за лечение. При поступлении жалобы застрахованного выясняются факты и причины необоснованного взимания платы за лечение.

Застрахованные могут обратиться в СМО (ТФОМС) с запросом о правомерности взимания платы за лечение. В этом случае юристы СМО (ТФОМС) предоставляют застрахованным необходимые разъяснения.

Администрации ЛПУ может быть предъявлено требование о прекращении необоснованного взимания платы за медицинские услуги. Если администрация ЛПУ не согласна, СМО (ТФОМС) направляет в орган управления здравоохранения свое заключение.

Застрахованные вправе предъявить к ЛПУ претензию или иск о возврате необоснованной платы за лечение и взыскать моральный ущерб.

При рассмотрении жалоб о предоставлении помощи гарантированного объема и качества, наряду с проведением экспертизы, возможно участие экспертов СМО (ТФОМС) для дачи экспертных заключений в уголовном и гражданском суде.

Представление интересов и защита прав застрахованного в суде может осуществляться юристами СМО (ТФОМС) на основании доверенности, в которой оговариваются полномочия представителя на ведение дела в суде. Полномочия представителя удостоверяются в нотариальном порядке.

Кроме того, СМО, а в ряде случаев и ТФОМС, **самостоятельно** могут обратиться в суд с заявлением в защиту прав и охраняемых законом интересов застрахованного в соответствии со ст. 42 ГПК РФ.

Злоупотребления со стороны медицинских работников.

Если жалоба (претензия) содержит информацию о злоупотреблениях со стороны медицинских работников, экспертиза должна установить данный факт. В случае выявления нарушений конкретные медицинские работники привлекаются к дисциплинарной или к уголовной ответственности (вымогательство и получение взятки, превышение власти и служебных полномочий, халатность, должностной подлог и т.п.). Возможно предъявление иска к ЛПУ о возмещении морального вреда.

Нарушение условий и режима лечения.

При поступлении жалоб застрахованных выясняются факты и причины нарушения режима лечения. Свое заключение СМО (ТФОМС) направляет либо администрации ЛПУ для применения мер дисциплинарного взыскания к виновным работникам, либо орган управления здравоохранения.

Возможно привлечение виновных руководителей ЛПУ к административной ответственности за нарушение норм санитарного законодательства со стороны санитарно-эпидемиологической инспекции по представлению заключения СМО (ТФОМС) (штрафы).

Нарушение прав застрахованного в части его информированности о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения и на сохранение в тайне сведений, составляющих врачебную тайну.

Виновные медицинские работники привлекаются к дисциплинарной ответственности. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, конкретные виновные работники привлекаются к уголовной ответственности по нормам ст. 137 (ч. 2) УК РФ. При этом может также предъявляться иск о возмещении морального вреда. При запросе застрахованный получает информацию о своих правах в части информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и сохранении в тайне сведений, составляющих врачебную тайну.

Отсутствие, дефекты оформления, представление недостоверной медицинской, статистической и финансовой документации.

При жалобе застрахованного проводится аналитическая экспертиза (устанавливаются факты нарушения, анализируются причины). Заключение направляется в ЛПУ для применения дисциплинарных взысканий к виновным работникам.

1.3. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами. Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность. В последнее время широкое распространение получили частные медицинские клиники (центры), в которых работают частнопрактикующие врачи различных специальностей, имеющие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Наряду с частнопрактикующими врачами, право оказывать платные услуги имеют и медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, при условии наличия права на занятие предпринимательской деятельностью, к числу которых относится оказание платных услуг. Данное право должно быть зафиксировано в **уставе медицинского учреждения**. Статья 52 ГК РФ указывает, что в учредительных документах (к числу которых относится устав) некоммерческих организаций должны быть определены предмет и цели деятельности юридического лица. Основным нормативно-правовым актом, в соответствии с которым регулируются гражданские правоотношения, является Гражданский кодекс РФ.

Являясь участником гражданских правоотношений, возникающих в системе ОМС, медицинские учреждения вправе совершать действия, которые направлены на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей. Такие действия называются **сделками**.

Договор – это двухсторонняя или многосторонняя сделка, для заключения которой необходимо выражение воли сторон.

Оказание медицинской помощи является по своей сути особым родом услуги.

Услуга – совершение определенной деятельности или совокупности определенных действий, направленных на удовлетворение потребностей других лиц.

Медицинская услуга – это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных профессиональных действий медицинского работника (производителя услуги), направленных на удовлетворение потребностей пациента (потребителя услуги).

Медицинская услуга обладает рядом особенностей, которые дают основание не отождествлять ее с обычной бытовой услугой.

Во-первых, медицинская услуга неотделима от процесса ее оказания и потребляется в процессе ее производства. Она неосознаема до момента ее оказания, не способна к хранению, накоплению. Медицинскую помощь нельзя рассматривать обособленно от ее производителя, а в момент ее производства, за редким исключением, необходимо присутствие потребителя услуги.

Во-вторых, рынок медицинских услуг относится к рынку с так называемым "нарушенным суверенитетом покупателя (пациента)". При обращении за медицинской помощью или в момент ее оказания пациент, как правило, не знает истинных своих потребностей: какая собственно услуга, в каком объеме и какого качества ему в

данный момент необходима. Важнейшая задача производителя состоит в выявлении этой потребности, диагностике патологического состояния, имеющегося у больного, в оказании услуги, соответствующей требованию минимальной достаточности.

В-третьих, медицинская услуга уникальна тем, что потребитель не только пассивно присутствует при оказании ему медицинской помощи, но и сам активно участвует, влияет на этот процесс. Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют качество медицинской помощи, получаемой им.

Правоотношения, возникающие по договору возмездного оказания услуги, регулируются нормами главы 39 ГК РФ. В ст. 779 прямо указано на то, что правила этой главы применяются к договорам оказания медицинских услуг. В ст. 779 ГК РФ сформулированы основные признаки, по которым заключаемая сделка может быть отнесена к числу договоров возмездного оказания услуги. По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Следует указать на универсально возмездный характер медицинских услуг. Платные медицинские услуги предполагают порядок их непосредственной оплаты пациентом. В других случаях медицинские услуги, являясь бесплатными для пациента, тем не менее остаются возмездными для ее исполнителя (плательщиком могут выступать: бюджет, внебюджетные фонды (ОМС, ДМС)). Сторонами договора возмездного оказания услуг являются исполнитель и заказчик. Никаких ограничений по субъективному составу этого договора нет, следовательно, участниками договора могут быть как физические, так и юридические лица. **Заказчиком** в этом договоре выступать может гражданин или юридическое лицо (например, в случае заключения договора организацией по медицинскому обслуживанию своих работников). В системе обязательного медицинского страхования основанием для оказания медицинских услуг является договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг). **Исполнителем** по данному договору является конкретное лечебно-профилактическое учреждение, а **заказчиком** – СМО.

Особые требования, позволяющие осуществлять страховую деятельность, предъявляются к СМО. СМО выступают как юридические лица, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Для занятия определенного рода деятельностью (и это напрямую касается медицинской деятельности) и физическим, и юридическим лицам – исполнителям, так же как и СМО, необходимо иметь **разрешение (лицензию)**.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 54), оказанием медицинской помощи могут заниматься только те лечебно-профилактические учреждения, которые имеют лицензию на осуществление ими определенных видов деятельности.

Положение о лицензировании медицинской деятельности утверждено Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности". Оно содержит Перечень лицензируемых работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности, определяет порядок и условия выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Лицензирование медицинской деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ в части деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), а также Росздравнадзор – в части деятельности, осуществляемой организациями государственной системы здравоохранения, а также деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности предоставляется **на 5 лет**. Срок действия лицензии может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии. Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с Перечнем. Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются: наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям; наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, – соискателя лицензии

(лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет; наличие у индивидуального предпринимателя – соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет; наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг); повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет; соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности; обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам); соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке; наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности; ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.

Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в соответствующий лицензирующий орган заявление о представлении лицензии, в котором указываются:

полное и (в случае если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, место его нахождения, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять заявитель, государственный регистрацион-

ный номер записи о создании юридического лица и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, – для юридического лица;

фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место его жительства, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять заявитель, данные документа, удостоверяющего его личность, основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, – для индивидуального предпринимателя;

идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;

лицензируемый вид деятельности (в соответствии с пунктом 1 статьи 17 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности"), который соискатель лицензии намерен осуществлять.

К заявлению о представлении лицензии прилагаются:

копии учредительных документов (с представлением оригиналов в случае, если верность копий не засвидетельствована в нотариальном порядке) – для юридического лица;

документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за рассмотрение лицензирующим органом заявления о представлении лицензии;

копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на право собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;

копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;

копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);

копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);

копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;

копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;

копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются **с предъявлением оригинала**.

Лицензирующий орган не вправе требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных Положением.

При рассмотрении заявления о представлении лицензии лицензирующий орган проводит проверку полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, содержащихся в представленных заявлении и документах, а также проверку возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий.

Проверка полноты и достоверности указанных сведений проводится путем сопоставления их со сведениями, содержащимися в Едином государственном реестре юридических лиц или в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей, а также в едином реестре выданных сертификатов соответствия, которые представляются лицензирующему органу Федеральной налоговой службой и Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии в порядке, установленном Правительством РФ.

Проверка возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий проводится **лицензирующим органом** в соответствии с требованиями, установленными для организации проверок ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)".

Выданный лицензирующим органом документ, подтверждающий наличие лицензии, должен иметь приложение, содержащее наименование работ (услуг), являющееся неотъемлемой частью указанного документа.

Информация, относящаяся к осуществлению лицензируемой деятельности, размещается в одном из официальных информационных ресурсов лицензирующего органа **в течение 10 дней** с даты:

официального опубликования нормативных правовых актов, устанавливающих обязательные требования к лицензируемой деятельности;

принятия лицензирующим органом решения о предоставлении лицензии, переоформлении лицензии, приостановлении и возобновлении ее действия;

получения от Федеральной налоговой службы сведений о ликвидации юридического лица либо прекращении его деятельности в результате реорганизации или о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;

вступления в законную силу решения суда об аннулировании лицензии.

Таким образом, для того, чтобы заключенный между ЛПУ и СМО договор был признан действительным, обе стороны должны иметь права на осуществление

соответствующих видов деятельности, в противном случае договор может быть признан судом недействительным по основаниям ст. 173 ГК РФ.

В соответствии со ст. 161 ГК РФ сделки юридических лиц между собой и с гражданами совершаются в **простой письменной форме**, за исключением сделок, требующих нотариального удостоверения. В письменной форме заключаются также сделки граждан между собой на сумму, превышающую не менее чем в десять раз установленный минимальный размер оплаты труда, а в случаях, предусмотренных законом, независимо от суммы сделки. Несоблюдение простой письменной формы сделки лишает стороны права в случае спора ссылаться в подтверждение сделки и ее условий на свидетельские показания, но не лишает их права приводить письменные и другие (вещественные) доказательства, а также не влечет недействительность совершенной сделки.

Договорная форма отношений предполагает наличие у сторон **обоюдных прав и обязанностей**. В том случае, если одна из сторон не соблюдает права своего оппонента, не исполняет взятых на себя обязательств, у противоположной стороны возникает право привлечь правонарушителя к ответственности. Поэтому важно знать, на что сторона вправе рассчитывать, что она может

потребовать для того, чтобы ее права реализовались в полном объеме.

Во-первых, заказчик имеет право требовать исполнения услуги надлежащего качества в оговоренные сроки. С этим правом корреспондирует обязанность исполнителя осуществить предусмотренную договором деятельность. Причем исполнитель обязан оказать услугу **лично**, если договором не предусмотрено иное.

Во-вторых, исполнитель имеет право на **своевременную** оплату осуществленной деятельности, **адекватную** условиям договора.

В случае невозможности исполнения обязательства, возникшего по вине заказчика, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено договором.

В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, заказчик возмещает исполнителю **фактически понесенные им расходы**.

Понятие "**невозможность исполнения**" отличается по правовым последствиям от "**одностороннего отказа**" от исполнения.

В ст. 782 ГК РФ указано, что заказчик вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов. Исполнитель вправе отказаться лишь при условии полного возмещения заказчику убытков.

Под **убытками** (ст. 15 ГК РФ) понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

Таким образом, при возмещении убытков, понесенных исполнителем (медучреждением), при отказе заказчика (пациента) от договора учитываться будет **только реальный ущерб** и не будет приниматься во внимание упущенная выгода. А исполнитель заказчику в такой же ситуации будет возмещать и **упущенную выгоду**.

К договору о возмездном оказании услуги могут применяться положения о договоре подряда в том случае, если они не противоречат специальным нормам гл. 39 ГК РФ. Несмотря на возможность применения одних и тех же правовых норм, эти договоры не тождественны. В соответствии с положениями ст. 702 ГК РФ, по **договору подряда** одна сторона (подрядчик) обязуется выполнить по заданию другой стороны (заказчика) определенную работу и сдать

ее результат заказчику, а заказчик обязуется принять результат работы и оплатить его. Явным отличием договора подряда от договора оказания услуг является то, что результат работы по договору оказания услуг **не овеществлен**, а результатом работы по договору подряда служит **вещь**. При оказании медицинской услуги осуществление деятельности может иметь материальный результат (стоматология), а может его не иметь (терапия).

Одной из особенностей медицинской услуги является ее **не-осязаемость**. Определяющим признаком медицинской услуги все-таки является совершение соответствующих профессиональных действий. В некоторых случаях медицинская услуга может привести к материализованному результату: изготовление и установка зубного протеза, сердечного стимулятора. Однако достижение такого овеществленного результата неразрывно связано с проведением различного рода медицинских обследований, лечения и составляет с ними определенное единство. Поэтому вряд ли было бы обоснованным относить подобного рода медицинские услуги к чисто подрядным отношениям. Однако положения договора подряда могут применяться к тем медицинским услугам, которые имеют своим итогом овеществленный результат, но это обязательно должно быть отражено в договоре.

Оказание платных медицинских услуг медицинскими учреждениями осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27 "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями". В п. 11 этих Правил указано, что предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон (перечислены обязательные положения договора).

В п. 17 этих Правил установлено, что ответственность медицинских учреждений в случае несоблюдения сроков исполнения услуг по договору наступает в соответствии с нормами Закона РФ "О защите прав потребителей", что распространяет действие данного Закона на сферу платных медицинских услуг, оказываемых в системе здравоохранения.

Договор на оказание платной медицинской помощи относится к виду договоров **возмездного оказания услуг**, по которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги (ст.

779 ГК РФ). В общем случае правовое регулирование договора возмездного оказания услуг осуществляется в соответствии со статьями ГК РФ, относящимися к подряду (ст. ст. 702 – 729 ГК РФ) и бытовому подряду (ст. ст. 730 – 739 ГК РФ).

В качестве договора бытового подряда договор возмездного оказания услуг является так называемым **публичным договором** (ст. 730 ГК РФ).

Публичным договором признается договор, заключенный организацией, занимающейся предпринимательской деятельностью по выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится.

Отказ медицинского учреждения от заключения договора на оказание платной медицинской помощи при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие услуги или оказание предпочтений одним лицам перед другими, за исключением случаев, предусмотренных законами и иными правовыми актами, **не допускаются** (ст. 426 ГК РФ) и могут быть **обжалованы в суде** (ст. 445 ГК РФ).

Гражданский кодекс определяет следующий порядок заключения договоров: договор заключается посредством направления предложения заключить договор(оферты) одной из сторон и принятия предложения (акцепта) другой стороной (ст. 432 ГК РФ).

Предложением заключить договор (офертой) признается адресованное одному или нескольким конкретным лицам предложение, которое достаточно определенно выражает намерение лица, сделавшего предложение, считать себя заключившим договор с адресатом, которым будет принято предложение. Такое предложение (оферта) должно содержать **существенные условия договора** (ст. 435 ГК РФ).

К **существенным** относятся условия о предмете договора, условия, которые названы в законе или иных правовых актах как существенные или необходимые для договоров данного вида, а также все те условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение (ст. 432 ГК РФ).

К существенным условиям, касающимся договоров на оказание платных медицинских услуг, относят: условия и сроки получения медицинской помощи, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Публичная оферта – это содержащее все существенные условия договора предложение, из которого усматривается воля

лица, делающего предложение, заключить договор на указанных в предложении условиях с любым, кто отзовется (ст. 437 ГК РФ).

На практике **публичная оферта** может выступать в форме заверенной руководителем медицинского учреждения информации об оказании платных услуг, вывешенной на доске объявлений учреждения, в которой содержатся сведения о порядке оказания платных услуг, их стоимости, порядке расчетов, правах, обязанностях и ответственности сторон. В частности, в качестве такого объявления могут использоваться Положение или Правила об оказании платных услуг, если в них содержатся все необходимые сведения, входящие в понятие "существенные условия договора".

В то же время необходимо отметить, что реклама или иные предложения, не содержащие всей необходимой информации, адресованные неопределенному кругу лиц, рассматриваются не как **предложение заключить договор**, а лишь как **приглашение к другим лицам самим делать предложения по заключению договора** (ст. 437 ГК РФ).

Акцептом признается ответ лица, которому адресована оферта, о ее принятии (ст. 438 ГК РФ). Акцепт может быть получен путем подписания договора непосредственно или посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, телефонной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от одной из сторон договора (ст. 434 ГК РФ).

Важно также, что совершение лицом, получившим предложение, в срок, установленный для его принятия, действий по выполнению указанных в нем условий договора (оплата соответствующей суммы и т.д.) считается согласием заключить договор (акцептом), если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте (ст. 438 ГК РФ). Причем, если согласие заключить договор принято подобным образом, то согласно ст. 434 ГК РФ письменная форма договора считается соблюденной.

Другими словами, если на стенде медицинского учреждения имеется необходимая для заключения договора информация и пациент внес оплату за услугу, которую он хотел бы получить, то это означает, что он заключил с медицинским учреждением договор на оказание платных услуг, который **приравнивается к письменному договору**.

Порядок заключения договоров (выдвижение предложения от одной стороны и последующее поступление согласия с ним от другой стороны) предполагает, что предложение на заключение договора может исходить не только от медицинского учреждения, но и от самого пациента. Это означает, что в качестве договора

может выступать и **письменное заявление пациента**, в котором указывается желание получить конкретную медицинскую помощь по конкретной цене на определенных условиях. Здесь предложение (оферту) направляет пациент, а согласие (акцепт) дает уже медицинское учреждение. В этом случае письменная форма договора также считается соблюденной.

В ряде случаев заключение договора в **традиционной письменной форме**, несмотря на большую трудоемкость, может оказаться предпочтительнее. Более того, порой письменная форма важнее для самого медицинского учреждения, чем для пациента, поскольку призвана помочь медицинскому учреждению отстоять свою правоту в случае обжалования лечения в суде.

Целесообразность заключения договора в письменной форме определяется тем, что в письменном договоре можно оговорить вероятность возникновения осложнений не по вине медицинского учреждения, за которые оно не несет ответственности; требования, предъявляемые к самому пациенту, соблюдение которых является условием эффективности лечения и т.д.

Письменная форма договора позволяет четко фиксировать стоимость услуги (и, соответственно, сумму, которую медицинскому учреждению возможно придется вернуть, если пациент предъявит претензии). Содержание договора, его условия определяются по усмотрению сторон, кроме случаев, когда содержание соответствующего условия

предписано законом или иными правовыми актами (ст. 421 ГК РФ). Таким образом, можно говорить о наличии обязательных условий договоров об оказании платных медицинских услуг и произвольных, устанавливаемых по соглашению сторон.

К обязательным условиям договора относятся положения, диктуемые законодательством, поэтому содержание договора должно соответствовать действующему законодательству и не противоречить ему. В случае если какие-то условия, предписываемые законом, не вошли в договор, это вовсе не означает, что соблюдение этих требований необязательно. В случаях, не предусмотренных договором, используются нормы действующего законодательства. Более того, если статьи договора противоречат положениям законов, то они судом могут быть признаны недействительными.

К числу основных законодательных актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг (и, соответственно, определяющих содержание условий договора), наряду с ГК РФ относится и Закон о защите прав потребителей.

К числу основных положений договоров на оказание платных медицинских услуг относятся:

1 Информация о предоставляемой медицинской услуге.

Медицинское учреждение (государственное или муниципальное, частная клиника) обязано довести до сведения пациента свое фирменное наименование, место нахождения (адрес) и режим работы (ст. 9 ЗоЗПП).

Оно обязано также своевременно представить потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора (ст. 732 ГК РФ, ст. 10 ЗоЗПП). Информация об услугах в обязательном порядке должна содержать:

наименование технического регламента или иное установленное законодательством РФ о техническом регулировании и свидетельствующее об обязательном подтверждении соответствия товара обозначение;

сведения об основных потребительских свойствах товаров (работ, услуг);

цену в рублях и условия приобретения товаров (работ, услуг), в том числе при предоставлении кредита размер кредита, полную сумму, подлежащую выплате потребителем, и график погашения этой суммы;

гарантийный срок, если он установлен;

правила и условия эффективного и безопасного использования товаров (работ, услуг);

срок службы или срок годности товаров (работ), а также сведения о необходимых действиях потребителя по истечении указанных сроков и возможных последствиях при невыполнении таких действий, если товары (работы) по истечении указанных сроков представляют опасность для жизни, здоровья и имущества потребителя или становятся непригодными для использования по назначению;

адрес (место нахождения), фирменное наименование (наименование) изготовителя (исполнителя, продавца), уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера;

информацию об обязательном подтверждении соответствия товаров (работ, услуг), указанных в п. 4 ст. 7 ЗоЗПП (если на товары (работы, услуги) законом или в установленном им порядке установлены обязательные требования, обеспечивающие их безопасность для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды и предотвращение причинения вреда имуществу потребителя);

информацию о правилах продажи товаров (выполнения работ, оказания услуг);

указание на конкретное лицо, которое будет выполнять работу (оказывать услугу), и информацию о нем, если это имеет значение, исходя из характера работы (услуги);

указание на использование фонограмм при оказании развлекательных услуг исполнителями музыкальных произведений.

Если приобретаемый потребителем товар был в употреблении или в нем устранялся недостаток (недостатки), потребителю должна быть представлена информация об этом.

Кроме того, медицинское учреждение (частнопрактикующий врач) обязано представить пациенту информацию о номере лицензии и (или) номере свидетельства о государственной аккредитации, сроках действия лицензии и (или) указанного свидетельства, а также информацию об органе, выдавшем лицензию и (или) указанное свидетельство.

При заключении договора в форме письменного документа вся эта информация должна содержаться в договоре, а в случае невозможности краткого изложения (например, сведений об основных потребительских свойствах услуг) в договоре должна быть ссылка на соответствующий источник информации, доступный потребителю (инструкцию, правила, методические рекомендации и др.).

В ряде случаев (особенно когда речь идет о сложных и дорогостоящих услугах) целесообразно в качестве приложения к договору предложить пациенту ознакомиться под роспись с описанием предоставляемой ему платной услуги, способа ее оказания, возможных последствий и т.д.

Медицинское учреждение обязано сообщить пациенту информацию, касающуюся не только услуги как таковой, но и требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата работы, а также о возможных для пациента последствиях несоблюдения соответствующих требований (ст. 726 и ст. 736 ГК РФ).

2 Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги **в сроки и в порядке**, которые указаны в договоре (ст. 781 ГК РФ). Согласно ст. 424 ГК РФ исполнение договора оплачивается по цене, установленной соглашением сторон. Медицинское учреждение обязано оказать услуги в срок, установленный правилами оказания отдельных видов работ или договором. Медицинское учреждение вправе не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет ме-

сто нарушение пациентом своих обязанностей по договору, которое препятствует исполнению учреждением договора (ст. 328 и ст. 719 ГК РФ). Если обусловленное договором исполнение пациентом своих обязанностей не произведено в установленный срок, медицинское учреждение вправе приостановить исполнение своего обязательства либо отказаться от исполнения этого обязательства и потребовать возмещения убытков.

3 Порядок возмещения вреда. Порядок возмещения вреда, причиненного пациенту, регулируется целым рядом законодательных актов (ст. 66 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, ст. ст. 1064 – 1101 ГК РФ, ст. ст. 14, 15 ЗоЗПП и т.д.).

Кроме того, в соответствии со ст. ст. 28, 39, 41, 42, 61, 109, 118, 293 и другими УК РФ устанавливается уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей.

4 Порядок разрешения споров по поводу качества оказанных услуг.

5 Порядок изменения и расторжения договора.

6 Лица, уполномоченные на подписание договора:

в уставе медицинского учреждения наряду с руководителем может быть определен и круг других лиц, имеющих права на заключение договоров, а также наличие или отсутствие права у этих лиц (в том числе и у руководителя) делегировать свои полномочия в этой области другим лицам;

делегирование полномочий по заключению договоров другим лицам может быть проведено путем оформления доверенности либо изданием приказа по учреждению, которым определенному лицу передаются соответствующие полномочия.

Медицинские учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения могут оказывать только определенные виды **платной** медицинской помощи:

1 Виды медицинской помощи, которые не являются обязательными для оказания на бесплатной для населения основе: виды медицинской помощи, которые отсутствуют в территориальной программе ОМС и не относятся к скорой медицинской помощи, к лечению социально значимых заболеваний, а также заболеваний, представляющих опасность для окружающих, не входят в целевые программы и перечни дорогостоящей специализированной медицинской помощи, финансируемой за счет средств государства.

2 Медицинская помощь лицам, не имеющим право на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой ОМС, целевыми программами и т.п. (например, гражданам других стран при отсутствии соответствующих межгосударственных соглашений).

3 Медицинская помощь по видам услуг сверх предусмотренных стандартами лечения.

4 Медицинская помощь по видам специализированной помощи, которые не являются обязательными для данного медицинского учреждения с учетом его специализации и уровня (например, эндоскопические операции, баротерапия, методы экстракорпоральной детоксикации и т.д., выполняемые на уровне районной больницы).

Критериями, на основании которых определяется уровень медицинской помощи, необязательной для данного ЛПУ, выступает устав, в котором зафиксированы основные виды деятельности учреждения, а также соответствующие нормативные акты.

5 Медицинская помощь при создании улучшенных условий обслуживания, не связанных напрямую с лечебными мероприятиями (в том числе оказание помощи на дому, кроме случаев, когда пациент по состоянию здоровья и характеру заболевания не в состоянии посещать медицинское учреждение или когда помощь на дому предоставляется в рамках организации стационаров на дому; повышенная комфортность; дополнительное питание и т.д.).

При оказании платных услуг на основании улучшенных условий обслуживания пациентам должна быть обеспечена возможность получения по этим видам услуг также и бесплатной медицинской помощи.

Другими словами, улучшенные условия обслуживания должны предоставляться дополнительно, а не взамен обычного порядка оказания помощи.

Более того, согласно ст. 16 Закона о защите прав потребителей запрещается обуславливать приобретение одних видов услуг приобретением иных услуг либо без согласия потребителя предоставлять дополнительные услуги, оказываемые за плату.

6 Оказание медицинских услуг вместо традиционно предусмотренных – альтернативными методами, обладающими дополнительными потребительскими свойствами, но не обеспеченными финансированием в рамках программы ОМС или из бюджета (сложные методики лечения традиционных заболеваний, требующие дополнительных затрат – дорогостоящие методы обследования, эндоскопические методы лечения и т.д.). Сюда же можно отнести

продление пребывания в стационаре по желанию пациента после завершения курса лечения вместо предполагаемого завершения лечения в амбулаторных условиях.

7 Услуги, лишь косвенно связанные с медицинской помощью (ритуальные услуги, пребывание в стационарах с целью обеспечения ухода, доставка лекарств на дом, транспортные услуги, прокат изделий медицинского назначения, выдача справок и дубликатов по запросам граждан в случаях, когда законом не предусмотрен обязательный характер выдачи справок, и т.д.).

Исключение во всех перечисленных выше случаях составляет оказание экстренной медицинской помощи, которая предоставляется бесплатно.

К важнейшим вопросам организации предоставления платных услуг относится порядок установления цен (тарифов) на платные услуги, который имеет достаточно четкую правовую основу.

В РФ **не предусмотрено** государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности в отношении медицинских услуг, за исключением протезно-ортопедических изделий, торговых надбавок к ценам на лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Фактически это означает, что медицинские учреждения вправе самостоятельно решать вопрос об утверждении цен (тарифов) на оказываемые платные медицинские услуги.

1.4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В наши дни психически больных во многих странах Европы и Северной Америки больше, чем больных раком, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями вместе взятых.

Кроме того, на каждого пациента психоневрологической лечебницы (по данным ЮНЕСКО) за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими недостатками.

Психическое здоровье – одна из важнейших составляющих общего здоровья. Критериями психического здоровья (по ВОЗ) являются: осознание и чувство непрерывности, постоянства, идентичности своего физического и психического "Я"; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам; соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным

обстоятельствам и ситуациям; способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами; способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Психическое заболевание – результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преимущественным поражением головного мозга, основными признаками которого являются расстройства психических функций, сопровождающиеся нарушением критики и социальной адаптации. К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают невроты, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например, обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, интоксикациями и т.п. В США психические заболевания являются одной из серьезных национальных проблем. По подсчетам Федеральной службы здравоохранения, каждый шестнадцатый человек в Америке находится некоторое время на лечении в психиатрической больнице, а по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями, один из десяти жителей США "страдает какой-либо формой психического или нервного заболевания (от легкого до тяжелого), требующего обращения к психиатру". Несмотря на огромные сложности статистических исследований, связанные с неодинаковым использованием в разных странах методов подсчета, своеобразием понимания отдельных форм заболеваний, различными возможностями выявления психических больных и т.д., имеющиеся цифры дали основание предполагать, что в целом в мире насчитывается не менее 50 миллионов психически больных.

По данным ГНЦСиСП (Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии) им. В.П. Сербского, в Российской Федерации в последние годы распространенность нервно-психических нарушений среди населения составляет около 25%.

Психиатрическая помощь в РФ включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико- социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно связанных с состоянием его психического здоровья.

Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. В РФ установлен специальный учет психически больных, его осуществляют областные, городские и районные психоневрологические диспансеры, психоневрологические кабинеты районных поликлиник и центральные районные больницы, в которых органы здравоохранения обязывают иметь полные списки психически больных, проживающих на обслуживаемой ими территории. Система учета позволяет с достаточной степенью достоверности выявлять распространенность по стране основных форм психических болезней, в том числе легко протекающих и так называемых пограничных состояний.

Установлению распространенности психических болезней способствует доступность и приближенность сети психоневрологических учреждений к населению и их контакт с неврологическими и другими медицинскими учреждениями.

Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница. Они оказывают психиатрическую помощь населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров. Основные задачи психоневрологического диспансера включают выявление психически больных среди населения и активное наблюдение за ними (приглашение больного на прием и посещение его на дому), проведение всех видов амбулаторного лечения, трудоустройство больных, оказание помощи в социально-бытовых и юридических вопросах, направление на стационарное лечение, оказание консультативной психиатрической помощи лечебно-профилактическим учреждениям, санитарно-просветительная и психогигиеническая работа, проведение трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертиз.

В психиатрическую больницу пациенты принимаются по направлению участковых психиатров (дежурных психиатров

службы скорой помощи), а при отсутствии их – по направлениям врачей поликлиник, общесоматических больниц. В экстренных случаях больные могут быть приняты и без направления. Направление в больницу осуществляется по согласованию с больным или его родственниками. Если же больной социально опасен, он может быть направлен в больницу и без согласия родственников. Психиатрическая помощь может быть оказана в добровольном (по просьбе или с согласия лица, страдающего психическим расстройством или его законного представителя) и недобровольном (принудительном) порядке. При добровольном обращении за психиатрической помощью отношения между гражданином-пациентом и учреждением (частнопрактикующим врачом) складываются на основании договора по оказанию медицинской помощи. Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится только после получения его письменного согласия. Несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей. Предусмотрено оказание психиатрической помощи без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:

при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным УК РФ и УПК РФ;

при недобровольном психиатрическом освидетельствовании, диспансерном наблюдении, госпитализации по основаниям, предусмотренным Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ст. ст. 23, 29).

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, которые установлены УК РФ и УПК РФ. Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрические стационары по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами пациентов психиатрических стационаров. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

Недобровольное психиатрическое освидетельствование лица без его согласия может быть проведено в случаях, когда имеются данные о наличии у него тяжелого психиатрического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 23 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

В этих случаях решение принимает врач-психиатр самостоятельно или с санкции судьи. Если лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, то заявление о недобровольном психиатрическом освидетельствовании может быть подано устно родственниками, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами, а решение принимается врачом- психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

При отсутствии непосредственной опасности лица для себя и окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании в недобровольном порядке должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования, и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру.

Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции **в 3-дневный срок** с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы.

Диспансерное наблюдение предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и медико-социальной помощи и устанавливается независимо от согласия в отношении лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или частично обостряющимися болезненными проявлениями. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назнача-

емой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Мотивированное решение врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до вынесения постановления суда по решению врача-психиатра, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

его непосредственную опасность для себя или окружающих;

его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 29 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

Лицо, помещенное в психиатрический стационар по указанным основаниям, подлежит обязательному освидетельствованию **в течение 48 часов** комиссией врачей- психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Если госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желаний остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

При обоснованной госпитализации заключение комиссии врачей-психиатров **в течение 24 часов** направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения его представителем для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем. Принимая заявления о госпитализации лица в психиатрический стационар и мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде. Заявление рассматривается судьей **в течение 5 дней** с момента его принятия.

Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении. Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения,

ходатайствующего о госпитализации и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его. Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре. Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом предоставлена защита прав граждан, или прокурором.

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами:

при оказании психиатрической помощи все пациенты имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. Психиатрическая помощь оказывается по возможности по месту жительства в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

гражданин имеет право на получение информации о своих правах, а также в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информации о характере имеющегося у него психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О представленной информации делается запись в медицинской документации. В психиатрическом стационаре администрация и медперсонал обязаны предоставить пациенту возможность ознакомиться с текстом Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", правилами внутреннего распорядка данного стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациента;

Медицинское право

лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением установленных в законе случаев. Лицу, отказывающемуся от лечения, должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра. Пациенты могут отказаться от использования их в качестве объекта учебного процесса;

медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц;

пациенты могут дать предварительное согласие и оказаться на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований. В отношении лиц, которые проходят психиатрическое лечение в недобровольном порядке, проведение испытаний медицинских средств и методов вообще не допускается;

не разрешается применение к лицам, которые проходят психиатрическое лечение в недобровольном порядке, хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия;

по требованию пациента возможно приглашение любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, для работы во врачебной комиссии при наличии его согласия;

гражданин, которому оказывается психиатрическая помощь, вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Представительство несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет и лица, признанного в установленном порядке недееспособным, осуществляют их родители, усыновители, опекуны, а в случае их отсутствия – администрация психиатрического стационара или психоневрологического учреждения социального обеспечения, или социального обучения. Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат;

сведения о наличии у гражданина психического расстройства, о фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной;

администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны информировать родственников или законных представителей пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях.

Особые права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах:

содержание в психиатрическом стационаре возможно только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него и окружающих. Такие меры осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации;

все пациенты, находящиеся на лечении и обследовании в психиатрическом стационаре, вправе обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из стационара и соблюдения их прав;

пациенты вправе подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуры, суда и адвокатуры, встречаться с адвокатом наедине;

пациенту разрешено исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь соответствующую атрибутику и литературу, встречаться наедине со священнослужителем;

пациент имеет право выписывать газеты и журналы, получать образование по программе общеобразовательной или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

если пациент участвует в производительном труде, то вознаграждение за труд он получает наравне с другими гражданами.

Пациенты психиатрического стационара имеют также права, которые, в отличие от перечисленных выше, могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача, заведующим отделением или главным врачом, в интересах здоровья или безопасности пациентов и других лиц. К ним относят: право вести переписку без цензуры; получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости; пользоваться собственной одеждой.

Ограничение прав и свобод (дискриминация) лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается.

В порядке вынужденного исключения из этого правила вследствие психического расстройства гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, связанных с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний. Общими медицинскими психиатрическими противопоказаниями для указанных в перечне работ и видов профессиональной деятельности являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими и часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется **прокуратурой**. Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган или прокуратуру.

Согласно опубликованным данным в России каждый шестой заключаемый брак является бесплодным. Рождение ребенка невозможно или опасно для его здоровья или для жизни и здоровья матери при физиологических недостатках, биологической несовместимости супругов, противопоказаниях беременности, ряде наследственных заболеваний и предрасположенности к ним.

Статья 35 Основ законодательства об охране здоровья граждан устанавливает, что каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Существуют следующие виды операций по искусственному оплодотворению:

гомологическая инсеминация (внесение в организм женщины половой клетки мужа);

гетерономная инсеминация (внесение в организм женщины половой клетки донора);

экстракорпоральное оплодотворение (in vitro) и перенос эмбриона в организм биологической матери или женщины-донора.

Правовые и медицинские условия проведения операций по искусственному оплодотворению включают следующие:

1. женщина, желающая стать матерью, должна быть совершеннолетней и находиться в детородном возрасте;

2. если женщина состоит в браке, то на операцию требуется двустороннее согласие супругов. В ст. 31 Семейного кодекса РФ от 29 декабря 1995 г. N 223-ФЗ указано, что вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов;

3. согласие супругов или одинокой женщины должно быть оформлено письменно и ясно выражать желание иметь ребенка, зачатого искусственно.

В Российской Федерации искусственное зарождение детей допустимо по медицинским показаниям при условии стойкого бесплодия, болезни супругов, опасности естественного способа рождения для здоровья матери или ребенка. Способной к естественному рождению детей женщине (или супругам) эта операция не производится. Это неравнозначно отказу в медицинской помощи, поскольку женщина, способная иметь детей, здорова и не нуждается в такой помощи.

Перед проведением операции искусственного оплодотворения врач и супруги (незамужняя женщина) доверительно обсуждают медицинские, психологические, личные, семейные, правовые проблемы. В этих беседах врач не вправе внушать, что такая операция необходима, и обязан предупредить о возможности риска (абортах, рождении недоношенных детей, детей-уродов и др.). В образце заявления-обязательства предусмотрено, что супруги не будут предъявлять претензий в случае отсутствия эффекта от проведения операции, рождения ребенка с аномалиями развития;

4. супруги (незамужняя женщина) имеют право на информацию о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора.

При подборе донора следует учитывать пожелания супружеской пары в отношении национальности донора, основных черт его внешности (рост, цвет волос, глаз, форма лица, носа). Указанные

пожелания заносятся в амбулаторную карту пациентки. Кроме того, врач при подборе донора учитывает его совместимость с реципиенткой по группе крови, резус-фактору, основные черты конституции донора. Супружеская пара должна быть проинформирована о том, что врач не несет ответственности, если эти черты не совпадут с чертами родившегося ребенка. В заявлении-обязательстве супругов указано, что они не могут отказаться от родившегося ребенка в связи с тем, что он обладает ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от их национальности;

5. лечебное учреждение обязано сохранять врачебную тайну, в том числе о проведенной операции, о личности донора и пациентки. Заявление-обязательство постоянно хранится в сейфе учреждения, где производится операция (см. Приказ Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. N 67 "О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия");

6. искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, и специалистами, имеющими соответствующий сертификат. Операция производится в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения за плату.

Специально следует оговорить правовое положение донора в таких операциях. При искусственном зарождении взаимодействие врач – пациент – донор проблематичнее, чем при трансплантации иных органов и тканей. Так, при трансплантации крови, костного мозга, почки, роговицы глаза органы и ткани нейтральны по отношению к реципиенту. Необходимо только, чтобы они были совместимы и получены от практически здорового донора.

Сперма и яйцеклетка – особые объекты донорства, они несут наследственный материал, участвуют в генетическом формировании человека, определяют его физические и психические качества и устанавливают биологическое родство между донором и реципиентом.

При экстракорпоральном оплодотворении женщина, согласившаяся на имплантацию себе чужой оплодотворенной яйцеклетки, – также своеобразный донор. Только объектом донорства при этом являются не органы и ткани, а весь женский организм, который обеспечивает зародышу защиту от внешних воздействий и необходимые условия развития.

Донорство основано на **добровольных** началах, причем донор выражает свое согласие в письменном заявлении-обязательстве, которое наряду с ним подписывает главный врач учреждения здравоохранения.

В качестве донора не может выступать носитель генитальной инфекции или лицо, наследственность которого трудно проверить. Следует учитывать также профессиональные предрасположения донора, возникшие вследствие работы с химикатами, ядовитыми материалами, радиоактивным излучением и т.п. Донор письменно обязуется не скрывать перенесенных им известных ему заболеваний и сообщать правдивые сведения о своей наследственности. Он должен соблюдать режим, предписанный врачом, и уведомлять обо всех изменениях в состоянии своего здоровья. Донор подписывается под предупреждением об ответственности за опасность заведомого заражения реципиентки венерической болезнью.

Донор обязуется **не устанавливать** личность реципиентки, а также ребенка, родившегося в результате оплодотворения его спермой.

Донорство спермы может быть как возмездным, так и безвозмездным. Вынашивание ребенка женщиной-донором в своем организме разрешено только безвозмездно. При этом допускается компенсация возникающих у женщины-донора расходов (на медицинское обслуживание, специальное питание и др.), связанных с вынашиванием и рождением полноценного ребенка.

Ребенок, рожденный с помощью гомологической или гетерономной инсеминации, имеет по отношению к обоим родителям права, аналогичные по содержанию правам других детей, рожденных в браке естественно. Муж, давший согласие на искусственное оплодотворение своей жены с помощью донора, записывается отцом рожденного ею ребенка и не вправе оспаривать произведенную запись. Супруги обязуются не устанавливать личность донора.

При рождении ребенка с помощью метода экстракорпорального оплодотворения матерью признают ту женщину, на лечение которой было направлено искусственное оплодотворение. Другая женщина, принявшая участие в достижении этой цели, является донором независимо от того, отдает ли она яйцеклетку заявительнице на искусственное оплодотворение или вынашивает ребенка, поскольку заявительница сама не способна родить по состоянию здоровья.

Запрещается проводить искусственное оплодотворение, если кто-либо из супругов не обладает **полной дееспособностью**. Недееспособное лицо не может быть донором.

В последние десятилетия **аборт** превратился в одну из наиболее интенсивно и разносторонне обсуждаемых проблем теории морали.

Аргументация, которая обосновывает право женщины на свободный ответственный выбор в отношении того, вынашивать ли ей зачатый плод или аборттировать его, наиболее полно изложена в документах и публикациях МФПС – международной федерации планирования семьи.

Вопрос об аборте – это часть вопроса о репродуктивном здоровье, репродуктивном выборе и репродуктивных правах человека. Репродуктивное здоровье отражает очень важный аспект здоровья вообще и предполагает:

способность производить потомство;

свободное принятие решений в этой сфере;

доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь.

Репродуктивный выбор – проявление моральной автономии личности в вопросах сексуальности и деторождения. В первую очередь речь идет о сознательном и ответственном отношении личности к этим вопросам. Репродуктивные права призваны создать социальные предпосылки для обеспечения репродуктивного здоровья. Они нашли отражение во многих международных документах по правам человека и национальных законодательствах.

Важнейшее из репродуктивных прав, охраняемое государством, – право иметь и сохранять репродуктивное здоровье. Это право становится реальным лишь при доступности для женщин и мужчин всех современных средств планирования семьи, одним из которых в определенных ситуациях может считаться и искусственный аборт. **Беременность** – это, с одной стороны, нормальный физиологический процесс, происходящий с женщиной (ее организмом), а с другой, – это процесс биологического формирования нового человека. Поэтому, даже допуская практику аборта по принципу меньшего зла, следует иметь в виду, что он представляет собой серьезную травму (моральную и физическую) для женщины, а также является злом, прерывающим уже начавшуюся жизнь нового человека.

Аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики, а также философии, юриспруденции и теологии. Клятва Гиппократов запрещает врачу прерывание беременности ("Я... не вручу никакой женщине абортивного пессария"). В то же время Аристотель считал аборт допустимым. В позиции Аристотеля обращают

на себя внимание два момента: необходимость аборт обосновывается у него демографическими целями (регулированием рождаемости); одновременно он считал аборт дозволенным, пока в зародыше не сформировалась "чувствительность" и "двигательная активность".

В Древнем Риме, в особенности в его поздний период, аборт не считался чем-то позорным и широко практиковался. Позднее, когда Римская империя стала нуждаться в солдатах для захвата чужих земель и увеличении числа рабов, женщина и лица, способствующие производству аборта, строго наказывались.

В эпоху упадка империи состоятельные граждане предпочитали не иметь ни семьи, ни детей. Поначалу в римском праве зародыш трактовался как часть тела матери (*pars viscerum*), поэтому женщина не подвергалась наказанию за умерщвление плода или изгнание его из утробы. И только позднее эмбрион (*nasciturus* – "имеющий родиться") был наделен некоторыми гражданскими правами.

Окончательное осознание ценности эмбриона самого по себе связано с возникновением христианства. Уже в эпоху раннего христианства аборт отождествляется с убийством человека. Христианская концепция утверждала, что истребление плода лишает его благодати будущего крещения и, следовательно, является тяжким грехом. Поэтому в Средние века аборт квалифицировался как тяжкое преступление, аналогичное убийству родственника. Под влиянием церкви в XVI веке почти во всех европейских странах (Англии, Германии, Франции) производство аборта каралось смертной казнью, которая впоследствии была заменена каторжными работами и тюремным заключением. Причем это касалось не только врача, но и пациентки.

В XIX веке в европейской медицине произошел поворот в воззрениях на критические ситуации "или мать, или ребенок", и во главу угла было поставлено спасение жизни матери. В США тогда же возникло общенациональное движение против аборт, а американские врачи доказали, что плод одушевлен с момента зачатия, а не с момента ощущения матерью его движений. Аборты были запрещены, кроме тех самых случаев спасения жизни женщины. В дореволюционной России существовало аналогичное отношение к абортам, нашедшее свое четкое выражение и в законодательстве: четко различались разрешенный законодательством искусственный аборт, производимый врачом с целью спасения жизни женщины, и аборт, производимый самой женщиной или каким-либо посторонним лицом с преступной целью прекращения беременности.

Принадлежность лица, производящего криминальный аборт, к медицинской профессии (сюда относились и повивальные бабки) считалось отягчающим обстоятельством.

Россия стала первым государством в мире, легализовавшим "аборт по просьбе", что произошло в 1920 году. Однако немногим позже советские органы здравоохранения образовали так называемые "абортные комиссии", которые выдавали разрешения на аборт в зависимости от определенных категорий.

Но уже в 1936 году аборт в нашей стране снова были запрещены, статистические данные засекречены; аборт могли производить только по медицинским показаниям. Определение беременности на ранних стадиях было возможно и тогда. Поэтому снова стало расти число криминальных аборт. Оно достигало 80 – 90% от общего числа всех аборт. Очередная легализация произошла только в 1955 году, когда был принят Указ "Об отмене запрещения аборт", который предоставил женщине право самой решать вопрос о возможности материнства и разрешил производство легальных искусственных аборт без медицинских показаний, но только в лечебных учреждениях.

В настоящее время в России одно из самых либеральных законодательств об абрте. Статья 36 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" разрешает "аборт по просьбе" до 12 недель беременности, по социальным показаниям – до 22 недель, по медицинским показаниям – независимо от срока беременности.

К непосредственно методам прерывания беременности относятся **вакуумная аспирация** ("мини-аборт"), **медицинский аборт** (инструментальное вмешательство), на поздних сроках – **внутрипузырное введение растворов**, вызывающих родовую деятельность и малое кесарево сечение. К нехирургическим методам относится магнитная индукция, иглорефлексотерапия, гомеопатия (эффективность этих методов очень низка) и получивший в последнее время широкое распространение медикаментозный аборт. По некоторым сведениям, именно он сейчас наиболее популярен в Европе.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Приказом Минздравсоцразвития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736 "Об утверждении Перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности", а Перечень социальных показаний утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 августа 2003 г. N 485.

К числу медицинских показаний для искусственного прерывания беременности относятся: туберкулез (все активные формы), краснуха, сахарный диабет, наличие в настоящем или в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций, лейкозы, врожденный порок сердца и др. При наличии у беременной заболевания, не указанного в перечне, но при котором продолжение беременности и роды представляют угрозу жизни или ущерба для здоровья беременной или новорожденного, вопрос о прерывании беременности решается индивидуально.

Медицинские показания к прерыванию беременности устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача той специальности, к области которой относится заболевание (состояние), руководителя учреждения (отделения) здравоохранения.

При наличии медицинских показаний беременной выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями указанных специалистов и печатью учреждения. При наличии у беременной психических и венерических заболеваний документация передается непосредственно в акушерско-гинекологическое учреждение. При установлении медицинских показаний у беременной в условиях акушерско-гинекологического стационара в историю болезни заносится соответствующая запись, заверенная подписями врача той специальности, к области которой относится заболевание (состояние) беременной, лечащего врача и руководителя отделения (учреждения здравоохранения).

Социальными показаниями для искусственного прерывания беременности являются:

- наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования;
- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности I – II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Необходимым условием осуществления искусственного прерывания беременности является согласие беременной женщины на данную операцию. Предусмотрено два способа волеизъявления женщины:

женщина сама делает заявление об искусственном прерывании беременности;

женщина не подает заявления об искусственном прерывании беременности, но поскольку опасность угрожает ее жизни или здоровью либо нормальному развитию плода или имеется патология генетического развития плода, женщина дает согласие сделать аборт на основании предупреждения врача об этих обстоятельствах.

Женщина должна быть проинформирована о медицинских последствиях производства аборта. Требование о соблюдении волеизъявления по отношению к лицам моложе 15 лет или недееспособным реализуется путем получения согласия на проведение искусственного прерывания беременности их законных представителей.

Согласно ст. 37 Основ законодательства об охране здоровья граждан медицинская стерилизация разрешена в России и определяется как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции. Для проведения медицинской стерилизации необходимо письменное заявление гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина – независимо от возраста и наличия детей. Разрешается медицинская стерилизация как мужчин, так и женщин.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения (Инструкция от 28 декабря 1993 г. N 303).

Перечень таких показаний для женщин включает несколько десятков заболеваний, среди которых хроническая ишемическая болезнь сердца, эпилепсия, умственная отсталость, стеноз трахеи, повторное кесарево сечение при наличии детей и др.

Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Юридически стерилизация может быть разделена на **принудительную и добровольную**.

В начале XX в. получили распространение евгенические теории, которые провозглашали необходимость принудительной стерилизации умственно неполноценных, душевнобольных и рецидивистов, совершавших половые преступления. В настоящее время принудительная стерилизация нигде в мире не легализована.

Для осуществления стерилизации недееспособного лица или малолетнего (не достигшего 15 лет) при наличии медицинских показаний необходимо получить согласие его законного представителя.

В законодательстве ряда стран закреплена обязанность для лица, собирающегося прибегнуть к стерилизации, информировать об этом супруга, и признано право на расторжение брака на основании воспрепятствования рождению ребенка путем искусственного аборта или стерилизации.

В российском законодательстве отсутствует норма, предписывающая получение согласия от супруга того лица, в репродуктивную способность которого проводится оперативное вмешательство. Однако несогласный супруг, будучи не вправе запретить стерилизацию либо аборт, может потребовать расторжения брака с лицом, которое с помощью врача повлияло на свою репродукцию, на основании невозможности дальнейшего совместного проживания.

В медицине каждое новое открытие знаменует если не сохранение жизни, то хотя бы облегчение тяжких недугов для множества людей. Однако при изучении каждого нового открытия на определенной стадии исследования возникает необходимость проверить на человеке средство или метод, результаты действия которых невозможно с достоверностью предвидеть, т.е. сознательно подвергнуть человека или даже группу людей неизвестным, возможно, опасным воздействиям.

Полностью избавиться от риска в таком медицинском исследовании невозможно. Поэтому правовые нормы призваны последовательно охранять человека, на котором испытываются новые средства или методы лечения, соответствующим образом снизить риск и обосновать его, чтобы человек не стал объектом недостаточно подготовленных опытов либо слишком долгой проверки методов с более вредными последствиями, чем первоначально предполагалось.

Медицинский эксперимент включает целенаправленную медицинскую деятельность, в задачу которой входит верификация заранее разработанной гипотезы, предметом которой является живой человеческий организм. Целью или одной из целей этой деятельности является получение новых сведений, предназначенных для медицинской теории либо для профилактики, диагностики и терапии, новых методов медицинской науки.

Медицинский эксперимент затрагивает охраняемые законом интересы граждан; прежде всего в связи с возможным риском для

здоровья лица или его потомков. Обязательным признаком медицинского эксперимента является его непризнанность. Непризнанными в установленном порядке не считаются:

методы, которые сложились в отечественной клинической практике;

методы, которые сложились в клинической практике зарубежных учреждений здравоохранения, но не введенные в России;

мелкие модификации уже известных методов, применение которых не вызывает неблагоприятных последствий.

С правовой точки зрения медицинский эксперимент можно охарактеризовать как вмешательство в личные права человека, совершаемое в связи с исследованием в области медицины.

Классификация медицинского эксперимента возможна на основании различных критериев.

1. По целевому назначению:

а) медицинский эксперимент, преследующий исследовательскую цель, а одновременно и цели в области профилактики, лечения, диагностики либо реабилитации (клинический или терапевтический эксперимент);

б) медицинский эксперимент, преследующий исключительно научно-исследовательскую цель (биологический или общий эксперимент).

2. По видам медицинской деятельности:

а) профилактика;

б) диагностика;

в) лечение;

г) реабилитация.

В соответствии со ст. 43 Основ законодательства об охране здоровья граждан к необходимым условиям биомедицинского и клинического экспериментов относятся:

полная предварительная информация о предстоящем эксперименте;

свободное письменное согласие гражданина – объекта исследования;

осуществление эксперимента в учреждении государственной или муниципальной систем здравоохранения;

предварительное проведение лабораторного эксперимента.

Гражданину – объекту исследования должна быть представлена полная информация о целях, методах, продолжительности эксперимента, ожидаемом результате, побочных эффектах и другом возможном риске. Участник информируется перед началом эксперимента, а также в период его проведения, если необходима

корректировка предварительной информации. Гражданин обязательно должен быть уведомлен также о том, что он вправе отказаться от участия в исследовании в любое время до его начала или требовать прекращения эксперимента в процессе его осуществления.

Обязательным условием проведения биомедицинского эксперимента является добровольное согласие испытуемого, закрепленное в письменной форме. Добровольность согласия состоит в том, что оно дается не под влиянием обмана, психического или физического насилия или в условиях несвободы испытуемого. Примером недобровольных, преступных медицинских экспериментов являются опыты на военнопленных.

С целью исключения скрытых форм принуждения в ст. 29 Основ законодательства об охране здоровья граждан вводится запрет на проведение экспериментов на задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.

В случае если согласие лица на проведение над ним эксперимента получено вынужденным стечением тяжелых жизненных обстоятельств (из-за недостатка материальных средств) или обусловлено какой-либо зависимостью испытуемого от экспериментатора (по службе, обучению и т.п.), то его нельзя считать добровольным, а проводимый эксперимент – правомерным.

Несовершеннолетние пациенты до 15 лет могут быть испытуемыми только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Биомедицинскому исследованию на здоровом человеке-добровольце должен предшествовать лабораторный эксперимент, а клинический эксперимент, как правило, предваряет также и биомедицинское исследование. Кроме того, эксперимент должен быть научно обоснован, осуществляться в соответствии с разработанной методикой, оформляться протоколом (другим документом), регистрироваться техникой, иногда проводиться в присутствии свидетелей.

Медицинский эксперимент должен проводиться в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения. При проведении эксперимента должен быть обеспечен приоритет интересов испытуемых перед интересами науки и общества. Эксперимент необходимо прекратить, если в ходе его проведения увеличился риск гибели испытуемого или стойкого необратимого ухудшения его здоровья.

Жизнь и здоровье человека могут подвергаться риску в ходе клинического эксперимента только в случаях, когда все другие уже известные апробированные методы лечения не дают положительного результата, а степень риска соответствует состоянию здоровья. Научная обоснованность эксперимента должна определяться интересами испытуемого больного, но не достижением запланированного научного результата любым способом.

Пересадка органов (трансплантация) представляет собой изъятие жизнеспособного органа у одной особи (донора) с перенесением его другой (реципиенту). В экспериментах на животных производилась пересадка практически всех жизненно важных органов, однако далеко не всегда с успехом. **Жизненно важные органы** – те, без которых сохранение жизни практически невозможно. Примером таких органов могут служить сердце и почки. Однако ряд органов, скажем поджелудочную железу и надпочечники, обычно не считают жизненно необходимыми, так как утрату их функции можно компенсировать заместительной терапией, в частности введением инсулина или стероидных гормонов.

Человеку пересаживали почки, печень, сердце, легкие, поджелудочную, щитовидную и околощитовидную железы, роговицу и селезенку. Некоторые органы и ткани, такие как сосуды, кожа, хрящ или кость, пересаживают с целью создания каркаса, на котором могут формироваться новые ткани реципиента.

Как и при переливании крови (которое тоже можно рассматривать как пересадку органа), чем более "совместимы" донор и реципиент, тем выше вероятность успеха, поскольку трансплантат будет для реципиента менее "чужим". Главная причина отмирания пересаженных органов и тканей, получившего название реакции отторжения трансплантата, – иммунная реакция на чужеродные антигены.

В соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации (ст. 47).

Правовая регламентация трансплантации содержится в Законе РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека".

Под **трансплантацией** понимается пересадка органов и (или) тканей для спасения жизни и восстановления здоровья.

Донором считается гражданин, отдающий свои органы и (или) ткани, а реципиентом – гражданин, принимающий их для лечения и восстановления здоровья.

Трансплантат – те органы и ткани, которые используются для пересадки, среди которых – сердце, легкое, почка, печень, костный мозг и др.

Действие Закона РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" не распространяется на органы и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства человека, включающие в себя репродуктивные ткани (яйцеклетку, сперму, яичники, яички и эмбрионы), а также препараты и пересадочные материалы, для приготовления которых использованы тканевые компоненты.

Для трансплантации используются органы и ткани от живых и мертвых доноров.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей.

Донором может быть только дееспособный гражданин, достигший 18-летнего возраста, а донором крови – гражданин в возрасте от 18 до 60 лет. Таким образом, согласие родителей использовать органы (ткани) своего ребёнка-донора для трансплантации не имеет юридической силы.

Изъятие органов и тканей **не допускается**, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, опасной для жизни и здоровья реципиента (например, раком, СПИДом).

Живой донор должен обязательно находиться с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга и переливания крови.

Донором на территории России может стать каждый человек независимо от гражданства.

Согласие донора должно быть добровольным и дано в письменной форме. Не допускается изъятие органов и тканей у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента. Согласие на донорство не должно даваться под влиянием психического или физического воздействия. Предусмотрено, что донор вправе требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящей трансплантацией, т.е. согласие донора должно быть осознанным.

Перед операцией донор должен пройти всестороннее медицинское обследование, а консилиум врачей-специалистов констатировать, что после трансплантации донору не будет причинен

значительный вред. У живого донора может быть изъят парный орган, часть органа или ткани, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья.

Пересадка органов и тканей осуществляется с письменного согласия реципиента. Если реципиент не достиг 18-летнего возраста либо признан в установленном порядке недееспособным, то пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя. Как исключение установлено, что согласие не требуется, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

Трансплантация применяется на основе медицинских показаний и только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранение жизни больного либо восстановление его здоровья.

Перечни органов, используемых для трансплантации, и учреждений здравоохранения, производящих забор, заготовку и трансплантацию органов и тканей человека утверждены Приказом Минздравоохранения РФ и РАМН от 25 мая 2007 г. N 357/40 (приложение 16).

Трансплантацию органов и тканей в РФ могут осуществлять только определенные государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

Трансплантация оформляется **двумя договорами**. Первый договор заключается между донором и медицинским учреждением об отчуждении (изъятии) органов или тканей; наиболее приемлемое для него название – **договор донорства**. Второй договор фиксирует отношения между медицинским учреждением и реципиентом по поводу пересадки последнему органов или тканей в целях спасения жизни и восстановления здоровья и может считаться разновидностью договора **на оказание медицинской помощи**.

Договор донорства является самостоятельным видом, отличным от договоров купли-продажи и дарения, в котором предусматриваются следующие права и обязанности сторон.

Донор вправе требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и тканей. Донор может получить бесплатное лечение (в том числе медикаментозное) в связи с проведенной операцией. Донор в любой момент вправе отказаться от процедуры по изъятию у него органов или тканей.

Органы и ткани могут изыматься также у мертвых доноров. При заборе трансплантатов у лиц, умерших в учреждениях здравоохранения, необходимым является разрешение главного врача учреждения здравоохранения, установление факта смерти консилиумом врачей-специалистов. Изъятие органов и тканей у мертвого донора возможно только при отсутствии запрета умершего или его близких родственников на проведение данного действия.

Определение момента смерти производится в соответствии с Законом РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека". Различают смерть клиническую и биологическую. **Клиническая смерть** является обратимой, так как предполагает возможность восстановления жизнедеятельности, но в строго ограниченный период. **Биологическая смерть** необратима, и никакие медицинские манипуляции не могут привести к оживлению человека. В состоянии клинической смерти гражданин является субъектом права, поэтому медицинские работники обязаны оказывать ему медицинскую помощь.

Заключение о смерти дается на основе констатации гибели головного мозга (регистрируемой даже при работающем сердце и искусственной вентиляции легких), Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 марта 2003 г. N 73 "Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий" определяет, что реанимационные мероприятия прекращаются только при признании этих мер абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно:

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

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

Введение временного критерия продолжительности реанимационных мероприятий при очевидном с медицинской точки зрения летальном исходе обусловлено необходимостью быстрого принятия решения об изъятии органов и тканей для пересадки.

Приказ Минздрава РФ от 20 декабря 2001 г. N 460 "Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга" определяет, что диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учре-

ждения, где находится больной, в составе реаниматолога-анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невролога с таким же стажем работы по специальности.

Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются специалисты по дополнительным методам исследований с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе приглашаемые из других учреждений на консультативной основе. Основным документом является протокол установления смерти мозга, который имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и для изъятия органов. В протоколе установления смерти мозга должны быть данные всех исследований, фамилии, имена и отчества врачей-членов комиссии, их подписи, дата, час регистрации смерти мозга.

Во избежание злоупотреблений в отношении предполагаемого донора Закон запрещает участие в диагностике смерти трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Изъятие органов и тканей у трупа производится с разрешения главного врача, а если требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, необходимо дополнительное разрешение на изъятие судебно-медицинского эксперта и уведомление об этом прокурора.

Определяя условия и порядок трансплантации, в частности изъятия органов и (или) тканей у трупа с целью пересадки нуждающемуся в этом реципиенту, Закон РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" установил в ст. 8 четко выраженный запрет на такое изъятие в случае, когда учреждение здравоохранения на момент изъятия было поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своей несогласии на него.

Организация донорства и защита прав донора регулируются Законом РФ от 20.07.2012 г. N 125-ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов".

Донорство крови и ее компонентов – свободно выраженный добровольный акт.

Донорство может быть безвозмездным и платным.

Кровь и ее компоненты, применяемые в лечебных целях, могут быть получены только от человека. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора

не будет причинен вред. Перед изъятием крови донор проходит обязательное медицинское обследование, которое должно подтвердить, что переливание крови не причинит вреда его здоровью.

Донор подлежит обязательному страхованию за счет средств организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, на случай заражения его инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции.

Гражданин, изъявивший желание стать донором крови, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных им и имеющихся у него заболеваниях, а также об употреблении им наркотических средств.

В день сдачи крови донор обеспечивается бесплатным питанием за счет средств бюджета, осуществляющего финансовое обеспечение организации здравоохранения, занимающейся заготовкой донорской крови (ст. 9 Закона РФ "О донорстве крови и ее компонентов").

Руководители предприятий, учреждений, организаций, командиров (начальники) воинских частей обязаны (ст. 6 Закона РФ "О донорстве крови и ее компонентов"):

оказывать содействие государственным и муниципальным организациям здравоохранения в привлечении граждан в ряды доноров;

беспрепятственно отпускать работника, являющегося донором, в организацию здравоохранения в день обследования и сдачи крови и ее компонентов;

предоставлять безвозмездно необходимые помещения для взятия крови;

предоставлять работнику, являющемуся донором, установленные законодательством меры социальной поддержки.

Донору, сдавшему в течение года кровь и (или) ее компоненты в суммарном количестве, равном двум максимально допустимым дозам, предоставляются следующие дополнительные меры социальной поддержки:

в течение года – пособие по временной нетрудоспособности при всех видах заболеваний в размере полного заработка независимо от трудового стажа;

в течение года – первоочередное выделение по месту работы или учебы льготных путевок для санаторно-курортного лечения.

Нагрудным знаком "Почетный донор России" награждаются граждане, сдавшие бесплатно кровь 40 и более раз или плазму крови 60 и более раз.

Гражданам, награжденным нагрудным знаком "Почетный донор России" или нагрудным знаком "Почетный донор СССР", предоставляется внеочередное лечение в государственных или муниципальных организациях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; первоочередное приобретение по месту работы или учебы льготных путевок для санаторно-курортного лечения; предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в удобное для них время года; ежегодная денежная выплата в размере 6 тыс. рублей (с последующей индексацией).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызывает инфекционное заболевание, связанное с первичным поражением СИ и развитием ярко выраженного вторичного иммунодефицита, на фоне которого активируется условно-патогенная и непатогенная микрофлора. Заболевание имеет фазовое течение. Период выраженных клинических проявлений болезни был назван синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), хотя в настоящее время по рекомендации ВОЗ принят термин "ВИЧ-инфекция".

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита, по-английски AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Это понятие и аббревиатура терминов, обозначающих новое заболевание человека, появились в 1981 году в официальных сообщениях американского Центра по контролю за заболеваниями (CDC – Center for Disease Control, Atlanta). В CDC поступила информация от двух групп врачей из Нью-Йорка и Лос-Анджелеса о необычной клинической картине заболеваний у молодых взаимосвязанных мужчин-гомосексуалистов. Необычность состояла в том, что эти пациенты, не имея в анамнезе диагнозов врожденного или вторичного иммунодефицитов, заболели в тяжелой форме пневмонией, возбудителем которой стал условно-патогенный микроорганизм – пневмоциста *Pneumocystis carinii*. Этот микроорганизм широко распространен среди людей и животных на всем земном шаре и не является патогенным для лиц с нормальной иммунной системой. Такие инфекции по определению называются оппортунистическими (от латинского "opportunus" – открытый для нападения, незащищенный).

Середину 1981 г. принято считать началом глобальной эпидемии СПИДа. Вскоре многочисленные случаи СПИДа были описаны среди определенных групп населения, а именно: наркоманов,

использующих внутривенное введение наркотиков (IVDU – intravenous drug users); людей, страдающих гемофилией и получающих заместительную терапию препаратами, полученными из крови доноров; людей, получивших переливание донорской крови; новорожденных детей от матерей из какой-либо группы риска; проституток; сексуальных партнеров лиц, заболевших СПИДом. Отсюда последовали простые выводы о том, что новое заболевание заразно, следовательно, вероятно имеется инфекционный агент. Существуют как минимум три пути передачи инфекции от человека человеку: через кровь, через слизистые при сексуальных контактах, через плаценту от матери ребенку.

Происхождение СПИДа, его естественная история до сих пор скорее не ясны, чем определено известны. С самого своего начала эпидемия представлялась врачам и ученым пугающей в связи с летальностью практически равной 100% и невозможностью контролировать развитие заболевания ни одним из существующих методов лечения. За прошедшее десятилетие данное заболевание не удалось взять под контроль, несмотря на то, что выполнен беспрецедентно большой объем научных исследований по данной проблеме. За два первых года, с 1982 г. по 1984 г., был выделен вирус – возбудитель СПИДа, разработаны лабораторные методы диагностики инфекции по анализу крови, охарактеризована как общая картина болезни, так и многие подробности патогенеза, было определен состав белков вируса и полная нуклеотидная последовательность генома нескольких изолятов вируса.

Вирус ВИЧ (типа I и II) относится к семейству Retroviridae. Вирус имеет палочковидную или овальную (реже круглую) форму, диаметр его 100 – 140 нм, содержит внешнюю липидную оболочку.

Жизненный цикл вируса состоит из 4 основных стадий:

адсорбция и проникновение вируса в клетку;

высвобождение вирусной РНК, синтез двунитчатой ДНК провируса (обратная транскрипция) и интеграция провируса в геном клетки хозяина. В таком состоянии геном вируса может передаваться неопределенно долго в клеточных поколениях, обуславливая длительное латентное течение инфекции;

синтез РНК, трансляция и формирование вирусных белков;

сборка, созревание и высвобождение вновь образованных вирусов. Этот процесс происходит спорадически и только в некоторых зараженных клетках.

Источником инфекции служит вирусоноситель. Он выделяет вирус со всеми биологическими жидкостями. В достаточной для заражения концентрации вирус содержится в сыворотке крови,

сперме, редко в слюне. Механизм передачи требует обязательного попадания вируса в кровь.

Пути передачи: **половой** – особенно при гомосексуальном контакте; **парентеральный** – через инфицированные препараты крови, загрязненные медицинские инструменты, а также **трансплацентарный**. В соответствии с путями передачи различают группы риска: гомо- и бисексуалы, наркоманы, больные гемофилией, дети больных родителей, больные, которым часто переливают кровь, а также медработники.

Вирус неустойчив в окружающей среде. Он погибает при температуре 56 град. С в течение 30 минут, чувствителен ко всем дезинфектантам, однако достаточно устойчив к высушиванию.

Одним из основных механизмов ВИЧ-инфекции является специфическое взаимодействие гликопротеина gp120 оболочки ВИЧ с белком-рецептором CD4, который имеется на поверхности Т-лимфоцитов хелперов-индукторов, а также макрофагов, моноцитов, астроцитов.

Кроме хелперного звена, поражаются и другие звенья иммунитета, продукция иммуноглобулинов В-клетками, возникает дефицит некоторых компонентов комплемента и т.д.

Поражение иммунитета является причиной развития инфекций условно- патогенными микроорганизмами: *Pneumocystis carinii*, *Herpes symplex*, *Cryptococcus neoformans*, *Toxoplasma gondii*, *Candida albicans* и т.д.

В течении ВИЧ-инфекции можно выделить несколько стадий, постепенно переходящих одна в другую.

Первичная реакция организма на внедрение ВИЧ обычно сопровождается выработкой антител. Однако от момента заражения до выработки антител обычно проходит в среднем от трех недель до трех месяцев, у 15 – 25% инфицированных появление антител к ВИЧ в организме проявляется первичной манифестацией.

1. **Острая инфекция.** Чаще всего встречается между 6 – 12 недель после инфицирования, но может появиться и через 1 неделю, и через 8 – 12 месяцев, и позднее. Наблюдается мононуклеозоподобный синдром (лихорадка, моноцитоз). Также эта стадия может протекать в субклинической форме.

2. **Асимптомная инфекция** (вирусоносительство). Характеризуется отсутствием каких-либо симптомов. Отнесение лиц к этой группе осуществляется на основании данных эпидемиологического анамнеза и лабораторных исследований. Доказательством служит наличие противовирусных антител.

3. **Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.** Характеризуется наличием выраженной лимфаденопатии в течение трех и более месяцев у лиц с эпидемиологическими и лабораторными данными.

4. **СПИД-ассоциированный симптомокомплекс (пре-СПИД).** Эта стадия характеризуется следующими признаками: потерей массы тела до 10% и более; необъяснимой лихорадкой на протяжении 3 месяцев и более; диареей, длящейся более 1 месяца; синдромом хронической усталости; грибковыми, вирусными, бактериальными поражениями кожи и слизистых; повторным или диссеминированным опоясывающим лишаем, саркомой Капоши; повторными или стойкими вирусными, бактериальными, грибковыми, протозойными поражениями внутренних органов.

5. **СПИД.** Нарастают оппортунистические инфекции и опухоли в результате развития глубокого иммунодефицита, истощения, что приводит к смерти через 5 – 10 лет. В ряде случаев заболевание развивается более быстро и уже через 2 – 3 года переходит в терминальную стадию.

В лабораторной практике обычно исследуют сыворотку больного для обнаружения АТ к антигенам вируса ВИЧ. Это исследование обычно проводят в 2 этапа: на первом из них определяют АТ к вирусным белкам при помощи иммуноферментного анализа (ИФА). На втором этапе положительные сыворотки исследуют методом иммуноблотинга, в котором выявляют антитела против индивидуальных антигенов вируса. При выявлении антител не менее чем к трем антигенам (например, к gp120, gp41 и p24) человека считают ВИЧ-инфицированным.

В последнее время для лечения ВИЧ-инфекции используется новый класс химиопрепаратов – ингибиторы вирусных протеаз. При комбинировании азидотимидина с новыми лекарственными средствами (криксиван, инвираза, зерит) прогрессирование болезни существенно замедляется. Вирус перестает обнаруживаться в биологических жидкостях, у больного восстанавливается система иммунитета. Однако окончательную оценку эта перспективная комбинация препаратов получит только после длительного наблюдения за больными с ВИЧ-инфекцией. Помимо этого, все эти средства обладают выраженным побочным действием (развивается диарея, появляются признаки почечно-каменной болезни и т.д.).

Меры профилактики ВИЧ-инфекции включают:

выявление ВИЧ-инфицированных лиц среди угрожаемых контингентов (лица, контактные с инфицированными, проститутки, наркоманы, подозрительные больные);

предупреждение инфицирования медицинского инструментария, лекарств, препаратов крови;

пропаганда знаний по предупреждению заражения ВИЧ при половых контактах (исключение случайных связей, применение средств индивидуальной защиты);

предупреждение заражения медработников при контакте с больными и их биологическими жидкостями (кровь, секреты, экссудаты, моча и т.д.).

В настоящее время предпринимаются попытки создать вакцины против СПИДа. Заболевание, вызываемое ВИЧ-инфекцией, приобрело массовое распространение, вызывая тяжелые социально-экономические и демографические последствия для всего мира, и в том числе для РФ.

В целях осуществления защиты прав и законных интересов населения нашей страны был принят Федеральный закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", в соответствии с которым государство гарантирует:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально-бытовую помощь ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовку специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;

обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

На территории Российской Федерации запрещается дискриминация граждан РФ в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции. В частности, не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных. В исключительных случаях права и свободы таких лиц могут быть ограничены только федеральным законом.

Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше 3 месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации.

Предусмотрен определенный порядок предоставления медицинской помощи ВИЧ-инфицированным:

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензии на соответствующие лабораторные исследования. Однако выдачу официального документа по результатам освидетельствования о наличии или отсутствии ВИЧ-

инфекции у освидетельствуемого лица могут осуществлять только государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

2. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев обязательного освидетельствования доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций при проведении обязательных, предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

3. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, проводится по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

4. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинское освидетельствование граждан РФ проводится бесплатно. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

5. Лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

6. В случае выявления у гражданина ВИЧ-инфекции медицинский работник, проводивший освидетельствование, обязан уведомить ВИЧ-инфицированного о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица. При выявлении ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных недееспособными, информация о наличии заболевания и об ответственности за незаконные действия доводится до сведения родителей или иных законных представителей указанных лиц.

7. ВИЧ-инфицированные лица не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Все виды ме-

дицинской помощи оказываются ВИЧ-инфицированным по клиническим показаниям на общих основаниях. При этом они пользуются всеми правами пациента, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Государством предусмотрены следующие меры социальной поддержки для ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного – несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за несовершеннолетним ВИЧ-инфицированным включается в общий трудовой стаж.

Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными – несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.5. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ

Необходимость реформирования здравоохранения была вызвана существенным ухудшением показателей здоровья населения РФ с середины 70-х годов (рост общей заболеваемости, смертности, в том числе в трудоспособном возрасте, снижение рождаемости, стабильно высокий уровень детской смертности, снижение средней продолжительности предстоящей жизни и снижение эффективности функционирования системы здравоохранения).

ния, проявляющееся в монополизации управления и финансирования, дефиците ресурсов, отсутствии экономической заинтересованности производителя и потребителя медицинских услуг в сохранении и укреплении здоровья).

Названные причины привели к необходимости проведения ряда организационно-экономических экспериментов, которые осуществлялись в отдельных больницах СССР в 1967 – 1969, 1975 – 1977 и 1985 – 1987 годах. В ходе этих экспериментов делались попытки предоставления коллективам больничных учреждений и их руководителям большей самостоятельности в целях повышения эффективности использования материальных ресурсов, изменялись условия оплаты труда медицинских работников, интенсификация использования коечного фонда. К сожалению, результаты этих экспериментов не нашли широкого применения в практике здравоохранения СССР.

Начиная с середины 80-х годов происходит непрерывное реформирование здравоохранения России. В 1987 – 1991 гг. оно осуществлялось в форме внедрения так называемого нового хозяйственного механизма, а начиная с 1992 года и по настоящее время происходит становление системы здравоохранения, основанной на социальном (обязательном медицинском) страховании.

Выход в июне 1991 года Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" ознаменовал новое содержание реформы: переход к системе организации оказания и финансирования медицинской помощи, основанной на **обязательном медицинском страховании (ОМС)**.

В ходе становления системы ОМС в России в 1993 – 1995 гг. осуществлялось частичное фрагментарное введение ОМС, в результате чего сложилось несколько организационно-экономических территориальных моделей ОМС.

Значительная часть исследователей утверждают, что в настоящее время этап становления ОМС вступает в завершающую стадию, и обращают особое внимание на необходимость системного реформирования здравоохранения, связанного не только с совершенствованием финансово-экономического механизма, но и с серьезными структурными преобразованиями, с внедрением новых технологических и образовательных концепций в здравоохранении.

Смысл преобразований заключается в решении некоторых принципиальных вопросов:

включение пациента в систему отношений здравоохранения, активного участия в сохранении и укреплении здоровья и защиты его прав при получении медицинской помощи;

переход от экстенсивных к интенсивным путям развития отрасли здравоохранения путем создания действенной системы контроля качества медицинской помощи и достижения эффективности расходования всех видов ресурсов;

создание оптимального соотношения больничных и внебольничных, специализированных и общих видов медицинской помощи;

децентрализация системы оказания медицинской помощи, создание моделей здравоохранения, отвечающих потребностям и уровню развития конкретных территорий.

Эволюционное развитие от изменения собственно хозяйственных и финансово-экономических механизмов к более широким и системным подходам в реформировании здравоохранения можно рассматривать, изучив финансово-экономическую систему современного российского здравоохранения.

С финансово-экономической точки зрения структура любой системы здравоохранения может быть представлена в виде 5 важнейших элементов:

источники финансирования;

держатели финансовых ресурсов здравоохранения;

способы оплаты или способы финансирования здравоохранения; хозяйственный статус медицинских учреждений;

хозяйственный статус медицинских работников.

Оптимальное сочетание этих элементов обеспечивает эффективно функционирующую систему здравоохранения.

Основными источниками финансирования российского здравоохранения на всех этапах реформы оставались **средства бюджета** различного уровня. В ходе реформы на втором ее этапе увеличилась роль платежей ОМС. Следует отметить три основные тенденции по отношению к существующим источникам финансирования:

сохраняющаяся и даже увеличивающаяся роль государства в финансировании здравоохранения;

переход основного объема финансирования с федерального уровня на территориальный;

увеличение роли средств ОМС.

В роли держателей средств здравоохранения выступают распорядители бюджетов различных уровней: органы управления

здравоохранением, фонды, страховые организации. Таким образом, имеет место конкуренция между различными фондодержателями за право обладания большим количеством средств.

В соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании" основными фондодержателями являются фонды ОМС и страховые медицинские организации.

При рассмотрении вопроса о хозяйственном статусе медицинских учреждений следует отметить, что большая их часть существует в форме **учреждений**. В соответствии с тенденцией изменения действующего гражданского законодательства в будущем медицинские учреждения приобретут статус **некоммерческих организаций**. Будут расширены их возможности по привлечению дополнительных финансовых ресурсов на собственное содержание, одновременно должно быть ограничено налогообложение этих организаций.

В настоящее время в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях под одной крышей работают три организации: классическое бюджетное учреждение; предприятие, в котором оказываются платные медицинские услуги и реализуются другие коммерческие программы; а также некоммерческая организация, функционирующая согласно договорам с фондами ОМС. Одной из задач реформы является выбор одного или сохранение всех трех вариантов финансирования.

До сегодняшнего дня в рамках реформы здравоохранения статусу медицинского работника уделялось незначительное внимание. Можно говорить о трех разновидностях статуса медицинского работника:

- медицинский персонал выступает в качестве наемного работника;

- медицинский работник выступает как предприниматель без образования юридического лица;

- контрактный (договорной) работник, который выступает как своеобразный наемный работник, частично реализуя свое право на ресурсы, находящиеся в ведении медицинского учреждения, и доход, полученный от его деятельности.

Современный этап реформирования здравоохранения связан с переходом от чисто хозяйственных и финансовых задач к решению системных задач, среди которых следующие:

- перенос методологического и организационно-финансового аспектов развития здравоохранения с лечения уже имеющих заболевания на их профилактику;

изменение роли пациента, обеспечение его полноправного участия в сохранении и восстановлении своего здоровья;
формирование эффективных механизмов управления качеством медицинской помощи;
выработка оптимальных соотношений между больничной и внебольничной, специальными и общими видами медицинской помощи, развитие этапности медицинского обслуживания;
децентрализация управления здравоохранением, строгое разграничение компетенции различных уровней власти;
развитие межсекторного взаимодействия различных отраслей национального хозяйства в целях обеспечения здоровья населения;
развитие многомерных моделей финансирования здравоохранения на основе оптимального сочетания объемных и компенсационных механизмов;
реорганизация системы медицинского образования в целях удовлетворения истинной потребности здравоохранения в кадрах.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее – Основы) определяют **охрану здоровья** как 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.

Согласно Основам, гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации, конституциями (уставами) субъектов Российской Федерации.

Жизнь и здоровье людей, которые являются наивысшей ценностью на нашей планете, постоянно подвержены опасности повреждения. Такая опасность обусловлена средой обитания человека, которая включает различные факторы (физические, химические, биологические, социальные), воздействующие на организм.

Современный уровень научного познания не в состоянии обеспечить полный контроль человека над объектами и явлениями природы, не дает возможности предотвратить и даже предвидеть исходящую от них опасность.

В этом смысле представляется невозможной сама постановка проблемы юридической ответственности государства за повреждение здоровья и смерть граждан в результате воздействия неконтролируемых сил природы (А.М. Рабец, 1998).

Несмотря на это, человек при современном уровне его развития может и должен предвидеть угрозу опасности со стороны указанных факторов, в состоянии различными методами, в том числе и правовыми, обеспечить возможность восполнения имущественных потерь, вызванных повреждением здоровья (страхование, социальное страхование, пенсионное обеспечение).

Статья 2 Закона РФ от 27 ноября 1992 г. N 4015-1 "Об организации страхового дела в РФ" определяет страхование как отношения по защите интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков.

Страховая деятельность (страховое дело) представляет собой сферу деятельности страховщиков по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию, а также страховых брокеров, страховых актуариев по оказанию услуг, связанных со страхованием, с перестрахованием.

Целью организации страхового дела является **обеспечение защиты имущественных интересов** физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов РФ и муниципальных образований при наступлении страховых случаев.

Задачами организации страхового дела являются:

проведение единой государственной политики в сфере страхования;

установление принципов страхования и формирование механизмов страхования, обеспечивающих экономическую безопасность граждан и хозяйствующих субъектов на территории Российской Федерации.

В последнее время внесены существенные изменения в регулирование вопросов страхового контроля с четким разграничением страхового регулирования и страхового надзора. Органом страхового регулирования является Министерство финансов РФ, органом страхового надзора – Федеральная служба страхового надзора.

Министерство финансов РФ осуществляет функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

К функциям Федеральной службы страхового надзора отнесены вопросы государственного надзора за деятельностью субъектов страхового дела в целях предупреждения и пресечения ими нарушений страхового законодательства, а также обеспечения защиты прав и законных интересов страхователей, иных заинтересованных лиц и государства. Структурно Федеральная служба страхового надзора подчинена Министерству финансов РФ.

Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ" (ст. 9) страховой риск определяется как предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Под страховым случаем понимают совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья, его основная цель – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование представляет собой **совокупность видов страхования**, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат (выплат страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

В отличие от классических видов страхования, при медицинском страховании выплата производится не в денежной, а в натуральной форме, в виде комплекса медицинских и иных услуг, оплаченных страховщиком.

При этом застрахованный является потребителем страховой и одновременно медицинской услуги, что обуславливает высокую степень ответственности страховщика за качество организации медицинской помощи, за безопасность и эффективность оказываемых медицинских услуг.

Законодательством предусмотрены два вида медицинского страхования – обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, которые соответствуют программам обязательного медицинского страхования.

Система обязательного медицинского страхования строится на принципе общественной солидарности, когда богатый платит за бедного, здоровый – за больного, она основана на стабильном источнике финансирования здравоохранения посредством целевого вноса.

В этой системе оплата медицинской помощи должна осуществляться в зависимости от объема и качества проделанной работы с одновременным контролем за целевым использованием средств.

Обязательное медицинское страхование основано на следующих принципах:

1. **Всеобщий характер.** Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенных в государственную (базовую) программу ОМС.

2. **Государственный характер.** Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Государство в лице местных органов исполнительной власти выступает непосредственным страхователем неработающего населения. Оно осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств обязательного медицинского страхования, обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными.

3. **Некоммерческий характер.** Средства ОМС не могут стать доходом (прибылью) юридических и физических лиц, являющихся акционерами или учредителями страховых медицинских организаций, участвующих в операциях ОМС. Прибыль (доход), получаемая от операций ОМС, может направляться только на развитие системы ОМС и учреждений здравоохранения.

4. **Общественная солидарность и социальная справедливость.** Все члены общества имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС, однако фактически потребление медицинских услуг осуществляется лишь отдельными, нуждающимися в них лицами, обратившимися за медицинской помощью.

Источниками средств ОМС являются:

части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации;

части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере; иные поступления, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Финансовые средства территориальных фондов обязательного медицинского страхования образуются за счет:

части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации;

части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;

страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов РФ, местного самоуправления с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение;

иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Уплата единого социального налога в частях, зачисляемых в Фонд и территориальные фонды, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 5 августа 2000 г. N 117-ФЗ "Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая".

Порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды предусмотрен Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного страхования, утвержденным Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. N 4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год", другими нормативными правовыми актами, нормативно-методическими документами, утверждаемыми в установленном порядке.

Таким образом, страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при их обращении за медицинской помощью.

Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от абсолютного размера платежа по ОМС. Граждане с различным уровнем дохода (например, крупный бизнесмен, домохозяйка, дворник) и, соответственно, с различным объемом начислений на

заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

Утверждаемые федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения протоколы и стандарты диагностики и лечения, базовые перечни лекарственных средств призваны служить **реализацией гарантий граждан Российской Федерации** на оказание бесплатной медицинской помощи, обеспечения жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами.

Таким федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения является Министерство здравоохранения и социального развития РФ, осуществляющее функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, включая вопросы организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи и медицинской реабилитации, фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, санитарно-эпидемиологического благополучия, уровня жизни и доходов населения, демографической политики, медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы и т.д.

Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан (утв. ФФОМС 03 октября 2003 г. N 3856/30-3/и) устанавливают, что гражданам Российской Федерации гарантируются предоставление медицинской помощи и ее оплата через систему обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях действующей на территории субъекта Российской Федерации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ" (статья 3), **добровольное страхование** осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Правила страхования принимаются и утверждаются страховщиком или объединением страховщиков самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом РФ и указанным Законом и содержат положения о субъектах страхования, об объектах страхования, о стра-

ховых случаях, о страховых рисках, о порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и об обязанностях сторон, об определении размера убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Страховые взносы производятся в различных формах (наличная оплата, безналичное перечисление, использование пластиковых карт и др.). Предусмотрено добровольное медицинское страхование в форме коллективного и индивидуального страхования.

Субъектами медицинского страхования являются гражданин, страхователь, ФОМС, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователь – это та сторона, которая страхует свое здоровье или здоровье своих работников. В качестве страхователей при обязательном медицинском страховании выступают:

органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления – для неработающего населения;

организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, – для работающего населения.

Постановлением Правительства РФ от 15 сентября 2005 г. N 570 "Об утверждении Правил регистрации страхователей в ТФОМС при ОМС и формы свидетельства о регистрации страхователя в ТФОМС при ОМС" утверждены соответствующие Правила регистрации страхователей в ТФОМС при ОМС.

Организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с

законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, подлежат регистрации в территориальном фонде обязательного медицинского страхования в качестве страхователей для работающего населения.

В качестве страхователей для неработающего населения выступают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Организации подлежат регистрации в качестве страхователей в территориальном фонде по месту их нахождения, причем регистрация организаций в качестве страхователей осуществляется территориальным фондом в **5-дневный срок** с даты представления в порядке, установленном Постановлением Правительства РФ от 19 июня 2002 г. N 438 "О Едином государственном реестре юридических лиц", федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в территориальный фонд сведений, содержащихся в Едином государственном реестре юридических лиц.

Указанное Постановление предусматривает, что сведения о дате регистрации юридического лица в качестве страхователя, его регистрационный номер, наименование органа, осуществившего указанную регистрацию, либо дата снятия юридического лица учета в качестве страхователя, представляются соответствующими органами государственных внебюджетных фондов не позднее 5 дней с момента регистрации юридического лица в качестве страхователя либо снятия с учета в качестве страхователя.

Указанные сведения представляются в электронном виде с использованием средств электронной цифровой подписи по каналам связи на условиях, установленных соглашением сторон. Формат передаваемой информации устанавливается Федеральной налоговой службой, а при невозможности передачи сведений в указанном виде органы государственных внебюджетных фондов направляют их почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Правила регистрации страхователей в ТФОМС при ОМС определяют, что организация, имеющая обособленные подразделения, обязана зарегистрироваться в качестве страхователя в территориальном фонде по месту нахождения каждого обособленного подразделения при обязательном медицинском страховании на основании заявления установленной формы.

Заявление представляется в территориальный фонд в срок **не позднее 30 дней** с даты создания обособленного подразделения с представлением копий документов, подтверждающих создание обособленного подразделения (учредительные документы, в которых содержатся сведения о создании обособленного подразделения, или распоряжение (приказ) о создании обособленного подразделения и положение об обособленном подразделении); документов, подтверждающих исполнение организацией обязанности по уплате налога, зачисляемого в фонды обязательного медицинского страхования; свидетельства о регистрации организации в качестве страхователя в территориальном фонде по месту ее нахождения. Указанные копии документов должны быть заверены нотариально.

Правила регистрации страхователей в ТФОМС при ОМС предусматривают, что индивидуальные предприниматели, частные нотариусы, адвокаты и физические лица подлежат регистрации в качестве страхователей в территориальном фонде по месту их жительства.

В случае если частные нотариусы осуществляют свою деятельность в другом месте, они подлежат регистрации в качестве страхователей в территориальном фонде по месту осуществления этой деятельности.

ТФОМС осуществляет регистрацию индивидуального предпринимателя в качестве страхователя в **5-дневный срок** с даты представления федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в территориальный фонд сведений, содержащихся в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей, в порядке, установленном Постановлением Правительства РФ от 16 октября 2003 г. N 630.

Сведения о дате регистрации индивидуального предпринимателя в качестве страхователя, его регистрационный номер, наименование органа, осуществившего указанную регистрацию, либо сведения о дате снятия индивидуального предпринимателя с учета в качестве страхователя, представляются органами государственных внебюджетных фондов **не позднее 5 дней** с момента регистрации индивидуального предпринимателя в качестве страхователя либо снятия с учета в качестве страхователя.

Регистрация частного нотариуса в качестве страхователя, согласно Правилам регистрации страхователей в ТФОМС при ОМС, осуществляется на основании заявления установленной формы.

Заявление подается в срок не **позднее 30 дней** с даты издания приказа о назначении лица на должность нотариуса. К заявлению прилагаются нотариально заверенные копии свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе и (или) уведомления о постановке на учет физического лица в налоговом органе по месту жительства (по месту осуществления деятельности); лицензии на право нотариальной деятельности; приказа о назначении на должность нотариуса; документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства.

Правила регистрации страхователей в ТФОМС при ОМС также предусматривают регистрацию адвоката в качестве страхователя на основании заявления установленной формы. Заявление подается в срок **не позднее 30 дней** с даты выдачи удостоверения адвоката с приложением нотариально заверенных копий удостоверения адвоката; документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства.

Регистрация физического лица в качестве страхователя осуществляется на основании заявления установленной формы. Заявление подается в срок **не позднее 30 дней** с даты заключения трудовых договоров с работниками, а также договоров гражданско-правового характера, на вознаграждения по которым в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования. К заявлению прилагаются нотариально заверенные копии трудового договора с работником или договора гражданско-правового характера, на вознаграждения по которому в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования; документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства.

Органы исполнительной власти субъектов РФ выступают в качестве страхователей для неработающего населения. Их регистрация как страхователя осуществляется в территориальном фонде при обязательном медицинском страховании. Указанные органы регистрируются на основании заявления установленной формы, которое подается в срок **не позднее 30 дней** с даты их учреждения. ТФОМС ведет журнал регистрации страхователей, которые регистрируются в территориальном фонде. Форма журнала

устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Кроме того, на каждого зарегистрированного страхователя территориальным фондом заводится дело страхователя, в котором хранятся документы, относящиеся к регистрации страхователя. Каждому страхователю при регистрации в территориальном фонде присваивается регистрационный номер, структуру которого утверждает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Этот регистрационный номер не может быть повторно присвоен другому страхователю, в том числе после снятия страхователя с учета в территориальном фонде, а также в случае смерти физического лица. Свидетельство о регистрации страхователя в территориальном фонде при обязательном медицинском страховании территориальный фонд **в течение 5 дней** с даты внесения учетной записи в журнал регистрации страхователей вручает (направляет почтовым отправлением заказным письмом с уведомлением о вручении) страхователю.

При перечислении средств, подлежащих зачислению в доходы фондов обязательного медицинского страхования, в платежных поручениях, а также в иных случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации, страхователь указывает свой регистрационный номер страхователя в территориальном фонде.

Внесение изменений в дела страхователей – организаций, состоящих на учете в территориальном фонде, и снятие их с учета при их реорганизации, ликвидации, а также при изменении места нахождения или исключении юридического лица, прекратившего свою деятельность, из Единого государственного реестра юридических лиц по решению регистрирующего органа осуществляется территориальным фондом на основании сведений, представленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Об изменении места жительства и других сведений, указанных при регистрации в территориальном фонде, страхователи – частные нотариусы, адвокаты и физические лица уведомляют в письменной форме территориальный фонд **в 10-дневный срок** с даты внесения таких изменений в Единый государственный реестр налогоплательщиков.

Снятие с учета в территориальном фонде страхователей – частных нотариусов и адвокатов осуществляется в случае прекращения ими деятельности в этом качестве или изменения места жительства на место жительства в другом субъекте РФ.

Снятие с учета в территориальном фонде страхователей – физических лиц осуществляется в случае истечения срока (прекращения) действия трудовых договоров, заключенных с работниками, а также договоров гражданско-правового характера или изменения места жительства на место жительства в другом субъекте РФ.

Территориальные фонды обеспечивают сохранность документов и сведений, представленных для регистрации страхователей в территориальных фондах, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страховыми медицинскими организациями являются юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. В соответствии со статьей 14 Закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", Положением о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, утвержденным Постановлением Совета Министров – Правительства РФ от 11 октября 1993 г. N 1018, **страховыми медицинскими организациями**, осуществляющими обязательное медицинское страхование, могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами со всеми предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным капиталом, предусмотренным Законом РФ от 27 ноября 1992 г. N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации", и осуществляющие свою деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе в соответствии с законодательством РФ.

Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность на основании лицензии, получаемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, регулирующим отношения по обязательному медицинскому страхованию.

Таким образом, в качестве страховщиков или страховых медицинских организаций выступают те организации, которые страхуют здоровье граждан.

Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации при обязательном и добровольном медицинском страховании осуществляются на основании договора страхования стандартной формы (Приложения 1, 2, 3).

Функции страховой медицинской организации не ограничиваются заключением договора с медицинским учреждением на оказание лечебно-профилактической помощи застрахованным. Страховщик **обязан также контролировать объем, сроки и качество медицинских услуг** в соответствии с условиями договора. В свою очередь, договор на предоставление лечебно-профилактической помощи должен предусматривать порядок подобного контроля.

По мнению Д.П. Савинова, структура страховых медицинских отношений принципиально отличается от страховых отношений другого вида наличием договора с медицинским учреждением. Пока у страховщика нет такого договора, он не вправе вступать в страховые медицинские отношения.

Одно из существенных условий указанного договора – **"порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств"**. Поскольку это условие объявлено законом как существенное, недостижение соглашения по нему может привести к тому, что договор не будет признан заключенным. Достигнуть же соглашения здесь крайне сложно. Медучреждения категорически не желают, чтобы их контролировали, и, пользуясь своим монопольным положением, просто отказываются заключать договоры, в которых такое условие имеется.

В результате страховщик вынужден заключать договор с медучреждением даже тогда, когда условия о контроле отсутствуют или порядок контроля не конкретизирован, что эквивалентно отсутствию таких условий. Из-за этого становится сомнительным право страховщика проводить медицинское страхование, а следовательно, появляется угроза санкций (Савинов Д.П., 2000).

Страховая медицинская организация несет материальную (имущественную) ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования, в том числе за ненадлежащий контроль качества медицинской помощи, оказываемой в конкретном медицинском учреждении. Медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования могут оказывать медицинские учреждения **любой формы собственности**, имеющие соответствующие лицензии. Лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно и имеющие лицензии на данный вид деятельности, являются медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования.

Отношения между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией строятся на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг).

Медицинские учреждения, наряду со страховщиками, несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

В договоре медицинского страхования, который заключается между страхователем и страховщиком, должно быть указано:

- наименование сторон; сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Советом Министров Российской Федерации.

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты **первого страхового взноса**, если условиями договора не установлено иное.

ГЛАВА 2. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН – УЧАСТНИКОВ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОБЩИЕ И ОСОБЕННЫЕ ОСНОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Медицинские работники или ЛПУ могут привлекаться к различным видам ответственности: административной, дисциплинарной, уголовной, гражданской (имущественной). Медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по

оказанию медицинских услуг. Страховая медицинская организация осуществляет контроль качества медицинской помощи, предоставленной застрахованным по программам ОМС, ДМС, а также контроль качества обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

В случае невозможности оказания лечебно-профилактической помощи, соответствующей условиям договора, силами данного учреждения, СМО **обязана** осуществить перевод пациента в другое медицинское учреждение или пригласить соответствующего специалиста.

Важной обязанностью СМО является оказание помощи пациенту во взыскании с виновного медицинского учреждения причиненного застрахованному ущерба.

СМО имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью гражданина, возмещения ей расходов в пределах суммы, затраченной на оказание застрахованному медицинской помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем.

Обязательства, принятые сторонами, должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов (ст. 309 ГК РФ). В соответствии со ст. 732 ГК РФ и ст. 12 ЗоЗПП, если представление ненадлежащей, т.е. недостоверной или недостаточно полной, информации об услуге повлекло приобретение услуги, не обладающей необходимыми потребителю свойствами, потребитель вправе расторгнуть договор и потребовать полного возмещения убытков.

Если же результатом стало причинение вреда здоровью, то потребитель вправе требовать еще и возмещения вреда. При рассмотрении требований потребителя о возмещении убытков, причиненных недостоверной или недостаточно полной информацией об услуге, необходимо исходить из предположения об отсутствии у потребителя специальных познаний о свойствах и характеристиках услуги. Медицинское учреждение обязано сообщить пациенту **информацию**, касающуюся не только услуги как таковой, но и требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата работы, а также о возможных для пациента последствиях несоблюдения соответствующих требований (статьи 726 и 736 ГК РФ). Данная информация может касаться поведения пациента в процессе оказания услуги и после ее завершения и т.д. (режим, диета и т.п.).

В соответствии со ст. 716 ГК РФ медицинское учреждение обязано:

немедленно предупредить пациента и до получения от него указаний приостановить работу при обнаружении непригодности или недоброкачества предоставленных им в соответствие с договором медикаментов, предметов медицинского назначения и т.д. при выполнении услуги из материалов заказчика (пациента);

возможных неблагоприятных для пациента последствий выполнения его указаний о способе исполнения работы;

иных независимых от медицинского учреждения обстоятельств, которые могут повлиять на результат оказания услуги или невозможность ее оказания в срок.

Поскольку трудно заранее предвидеть все виды работ, которые могут потребоваться при оказании медицинской помощи, то пациент должен быть предупрежден о том, что, возможно, понадобятся дополнительные методы диагностики и лечения с соответствующей оплатой. Перечень существенных условий, касающихся договоров на оказание платных медицинских услуг, приведен в Постановлении Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27 "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями" и содержит условия и сроки получения медицинской помощи, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, которые указаны в договоре (ст. 781 ГК РФ). Согласно ст. 424 ГК РФ исполнение договора оплачивается по цене, установленной соглашением сторон. Однако это не означает, что в каждом индивидуальном договоре с пациентом может устанавливаться различная цена на одну и ту же услугу. Во-первых, в соответствии со статьями 424 и 735 ГК РФ в предусмотренных законом случаях применяются цены (тарифы), устанавливаемые или регулируемые уполномоченными на то государственными органами. Во-вторых, оказание платных медицинских услуг подпадает под понятие "публичный договор", по которому цена услуг устанавливается одинаковой для всех потребителей, за исключением официально установленных льгот (ст. 426 ГК РФ). Одной из особенностей оказания медицинской помощи является **малая предсказуемость** определения всего объема работ, необходимого для обследования или лечения пациента, что может существенно сказаться на стоимости оказываемых услуг. Однако медицинское учреждение не вправе навязывать пациенту оказание дополнительной услуги, предоставляемой за плату, а также оказывать такие услуги без согласия пациента – он может отказаться от

оплаты услуги, не предусмотренной договором (ст. 731 ГК РФ и ст. 16 ЗоЗПП). Следует также учитывать, что в соответствии со ст. 32 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" требуется согласие пациента вообще на любое медицинское вмешательство. Медицинское учреждение обязано оказывать услуги в срок, установленный правилами оказания отдельных видов работ или договором. В договоре срок выполнения работы может определяться датой (периодом), к которой должно быть закончено выполнение работы, или (и) датой, к которой учреждение должно приступить к оказанию услуги. В случае если оказание услуг осуществляется по частям, в договоре могут быть установлены частные сроки (этапы) выполнения работ (ст. 708 ГК РФ, ст. 27 ЗоЗПП). Медицинское учреждение вправе не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет место **нарушение** пациентом своих обязанностей по договору, которое препятствует исполнению учреждением договора (статьи 328 и 719 ГК РФ). Например, речь может идти о ситуациях, когда пациент не предоставляет результаты исследований, которые должны быть выполнены в другом медицинском учреждении или не принял необходимые меры по подготовке к процедуре и т.д., иллюстрируется следующим примером. Если обусловленное договором исполнение пациентом своих обязанностей не произведено в установленный срок, медицинское учреждение вправе приостановить исполнение своего обязательства либо отказаться от исполнения этого обязательства и потребовать возмещения убытков.

Если медицинское учреждение своевременно не приступило к оказанию услуги или если во время выполнения работы стало очевидным, что оказание услуги не будет осуществлено в срок, пациент в соответствии со ст. 28 ЗоЗПП вправе по своему выбору:

- назначить исполнителю новый срок;

- поручить выполнение работы (оказание услуги) третьим лицам за разумную цену или выполнить ее своими силами и потребовать от исполнителя возмещения понесенных расходов;

- потребовать уменьшения цены за выполнение работы (оказание услуги); отказаться от исполнения договора о выполнении работы (оказании услуги).

Потребитель вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков выполнения работы (оказания услуги). Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований потребителя.

В случае нарушения медицинским учреждением установленных сроков выполнения работ, оно обязано уплачивать пациенту за каждый день (или час, если срок определен в часах) неустойку (пеню) в размере **3%** от стоимости услуги. Сумма взысканной неустойки (пени) не может превышать цену оказания услуги. Медицинское учреждение несет ответственность за **вред**, причиненный жизни, здоровью или имуществу пациента в связи с использованием материалов, оборудования, инструментов и иных средств, необходимых для оказания услуги, независимо от того, позволял уровень научных и технических знаний выявить их способность оказывать вредное воздействие или нет (ст. 14 ЗоЗПП). В литературе встречается мнение о том, что лечебная деятельность неоднородна, что отдельные методы (способы) лечения соответствуют определению источника повышенной опасности, выработанному юридической наукой и воспринятому судебной практикой. М.Н. Малеина предлагает включить в число источников повышенной опасности в сфере врачебной деятельности рентгеновские установки, лазерные аппараты, ядовитые, наркотические, сильнодействующие лекарственные препараты, взрыво- и огнеопасные лекарственные средства. А.В. Тихомиров, не выделяя отдельных объектов – источников повышенной опасности, пишет о том, что технология производства медицинских услуг "являет собой источник повышенной опасности, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью". Наличие вредоносных свойств у подавляющего большинства лекарственных средств, а не только отдельных их групп (наркотики, психотропные, сильнодействующие, ядовитые вещества) закономерно обуславливает постановку вопроса о признании (или непризнании) медицинской деятельности по применению лекарственных средств в качестве повышенной опасной для окружающих (ст. 1079 ГК РФ), так как именно от этого зависит установление гражданско-правовой ответственности обязанных субъектов в случае причинения вреда здоровью или жизни гражданина применением лекарственных средств (источников повышенной опасности).

Гражданско-правовая ответственность при причинении вреда учитывает наличие вины медицинского учреждения. Под **виной** понимают психически-волевое отношение правонарушителя к совершаемому деянию или его последствиям. Вина проявляется в двух формах: умысел или неосторожность. Для применения гражданско-правовой ответственности безразлично, действовал ли причинитель умышленно или по неосторожности. Лечебное учре-

ждение признается **виновным**, если установлена вина его работников, выражающаяся в ненадлежащем (виновном) исполнении своих служебных обязанностей по оказанию медицинской помощи. Лечебные учреждения, возместившие вред пациенту, имеют право регресса (обратного требования) к своим виновным работникам, если они установлены.

Вред, причиненный здоровью пациента в результате виновных действий (бездействия) медицинского учреждения, может выражаться в утрате (полностью или частично) заработка, в несении каких-либо дополнительных расходов (на лекарства, усиленное питание, посторонний уход за потерпевшим и др.).

Если по вине медицинского учреждения пациент временно утратил трудоспособность, а по листку нетрудоспособности он получает денежное пособие меньше своего полного заработка (например, при отсутствии необходимого трудового стажа), то разницу между этими суммами он вправе взыскать с медицинского учреждения. В случаях стойкой утраты трудоспособности потерпевший направляется на врачебную экспертизу, которая определяет процент утраты профессиональной трудоспособности, а если он велик, то может быть установлена группа инвалидности, и органами социальной защиты назначается пенсия. С учетом этих данных и определяется размер материального вреда, подлежащего возмещению.

В ст. 1085 ГК РФ даны примерные перечни дополнительных (помимо возмещения утраченного заработка) расходов, вызванных повреждением здоровья. К ним относятся расходы на усиленное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, включая стоимость проезда к месту лечения и обратно самого потерпевшего, а в необходимых случаях и сопровождающего, приобретение специальных транспортных средств, расходы, необходимые для обслуживания потерпевших в быту (стирку белья, уборку квартиры и т.п.). Необходимость в указанных дополнительных расходах должна быть подтверждена заключением судебно-медицинской экспертизы. Расходы на усиленное (дополнительное) питание определяются на основании справки медицинского учреждения о рациионе усиленного питания и справки о ценах на продукты, сложившихся в той местности, в который потерпевший понес эти расходы.

По российскому законодательству пациенту возмещается не только имущественный, но и моральный (неимущественный) вред, причиненный неправомерными действиями.

Моральный (неимущественный) вред возмещается причинителем при наличии его вины и представляет собой такие последствия правонарушения, которые не имеют экономического содержания и стоимостной формы (физические и нравственные страдания). Моральный вред подлежит возмещению в денежной или иной материальной форме в размере, определенном судом. Неимущественный вред взыскивается независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда.

При причинении неимущественного вреда в форме физической боли и страданий в качестве критериев определения размера компенсации следует учитывать вид и степень тяжести вреда, причиненного здоровью, которые устанавливаются судебно-медицинской экспертизой.

Ненадлежащее исполнение медицинским учреждением своих обязанностей может причинить пациенту неимущественный вред в форме нравственных страданий, в частности при разглашении информации, являющейся врачебной тайной. Размер возмещаемого морального вреда при этом зависит от объема и характера распространенных сведений, составляющих врачебную тайну; широты распространения сведений; состава лиц, получивших информацию.

Следует учитывать, что медицинское учреждение освобождается от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил, которые он должен соблюдать – режим, диета, выполнение определенных процедур и т.д. (ст. 13 ЗоЗПП, ст. 401 ГК РФ). Поэтому в договоре или иным официальным способом необходимо довести до пациента те требования, которые он должен выполнять для того, чтобы оказанная услуга принесла необходимый результат.

Качество выполненной работы при оказании услуг должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии или неполноте условий договора – требованиям, обычно предъявляемым к работам соответствующего рода, а также обязательным требованиям, предъявляемым к оказанию медицинской помощи (ст. 721 ГК РФ и ст. 4 ЗоЗПП).

В соответствии со ст. 723 ГК РФ и ст. 29 ЗоЗПП при обнаружении недостатков выполнения работы (оказанной услуги) пациент вправе по своему выбору потребовать:

безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

безвозмездного повторного оказания услуги;

возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

Условие договора об освобождении исполнителя (медицинского учреждения) от ответственности за определенные недостатки не освобождает его от ответственности, если будет доказано, что недостатки возникли по его вине.

При возникновении между пациентом и медицинским учреждением спора по поводу недостатков выполненной работы или вызвавших их причин по требованию любой из сторон должна быть назначена **экспертиза**.

Расходы на экспертизу несет исполнитель (медицинское учреждение) за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений медицинским учреждением условий договора или причинной связи между действиями учреждения и обнаруженными недостатками. В указанных случаях расходы на экспертизу несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по соглашению между сторонами, обе стороны поровну (ст. 720 ГК РФ).

Договор на оказание платных медицинских услуг может быть расторгнут: по соглашению сторон (ст. 450 ГК РФ);

в случае если пациентом обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора (ст. 450 ГК РФ);

в случае одностороннего отказа от исполнения договора полностью или частично, когда такой отказ допускается законом или соглашением сторон (ст. ст. 450, 717, 782 ГК РФ);

при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора (ст. 451 ГК РФ);

по иным основаниям, предусмотренным законодательством или указанным в самом договоре.

Пациент (заказчик) вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания медицинских услуг при условии оплаты медицинскому учреждению (исполнителю) фактически понесенных им расходов. Медицинское учреждение (исполнитель), в отличие от пациента (заказчика), вправе отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг лишь при условии полного возмещения пациенту (заказчику) убытков. В случае отказа от одностороннего расторжения договора и полного возмещения пациенту (заказчику) убытков такое требование может быть

заявлено пациентом в суд после получения отказа другой стороны на предложение изменить или расторгнуть договор.

Требование к лечебно-профилактическому учреждению о добровольном устранении нарушений прав пациента (претензия) должно быть предъявлено в письменной форме, подписано пациентом или его законным представителем.

Могут быть предъявлены следующие основные виды требований (претензий): о возмещении морального вреда;

- возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью пациента; о возмещении вреда по случаю потери кормильца;
- возмещении расходов по устранению недостатков медицинской услуги.

В претензии указывается фамилия, имя, отчество, адрес пациента, наименование ЛПУ, к которому предъявляется претензия, дата предъявления, обстоятельства, послужившие основанием для предъявления претензии, доказательства, подтверждающие требования пациента, требования заявителя, сумма претензии и обоснованный ее расчет, если претензия подлежит денежной оценке.

В претензии также указываются ссылки на нормативные акты, договор или иные правоустанавливающие документы, перечень прилагаемых документов, иные сведения, которые пациент считает существенными.

Претензия отправляется заказным или ценным письмом либо вручается под расписку. Претензия рассматривается администрацией ЛПУ **в течение 30 дней** со дня ее получения, после чего ЛПУ принимает соответствующее решение, оформляемое приказом руководителя ЛПУ. Копия приказа руководителя ЛПУ о возмещении вреда направляется заявителю вместе с ответом на претензию.

Ответ на претензию дается в письменной форме и подписывается руководителем или заместителем руководителя ЛПУ. В нем указываются (при полном или частичном удовлетворении претензии) признанная сумма, срок и способ удовлетворения претензии. При полном или частичном отказе в удовлетворении претензии указываются обоснованные мотивы отказа.

Порядок возмещения вреда, причиненного пациенту, регулируется рядом законодательных актов (ст. 66 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, ст. ст. 1064 – 1101 ГК РФ, ст. ст. 14 – 15 ЗоЗПП и т.д.). Кроме того, в соответствии со статьями 28, 39, 41, 42, 61, 109, 118, 293 и др. Уголовного кодекса РФ в некоторых случаях предусмотрена уголовная ответственность медицинских работников.

2.2. ПОРЯДОК ОБОРОТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РФ

В связи с появлением и развитием рынка медицинских услуг в России пациенты все чаще заявляют свои претензии по поводу **некачественного оказания услуг**, причинения вреда здоровью или жизни граждан, в связи с проведением тех или иных манипуляций, проведением неадекватной, на их взгляд, медикаментозной помощи.

Неблагоприятные побочные реакции в настоящее время становятся не только серьезной медицинской, но и правовой проблемой.

Порядок оборота лекарственных средств на территории РФ регулируется Федеральным законом N 86-ФЗ "О лекарственных средствах", принятым 22 июня 1998 г. В данном Законе раскрываются понятия "лекарственные средства", "обращение лекарственных средств".

Итак, **лекарственные средства** – это вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, получение из крови плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий.

Обращение лекарственных средств – обобщенное понятие деятельности, включающей разработку, исследования, производство, изготовление, хранение, упаковку, перевозку, государственную регистрацию, стандартизацию и контроль качества, продажу, маркировку, рекламу, применение лекарственных средств, уничтожение лекарственных средств, пришедших в негодность, или лекарственных средств с истекшим сроком годности и иные действия в сфере обращения лекарственных средств.

Все отношения, возникающие в сфере обращения лекарственных средств, подлежат государственному регулированию. Государственное регулирование осуществляется путем:

- государственной регистрации лекарственных средств;
- лицензирования деятельности в сфере обращения лекарственных средств;
- аттестации и сертификации специалистов, занятых в сфере обращения лекарственных средств;
- государственного контроля производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств.

Фармацевтическая деятельность согласно Закону "О лекарственных средствах" – деятельность, осуществляемая организациями оптовой и розничной торговли и аптечными учреждениями в сфере обращения лекарственных средств, включающая оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление лекарственных средств.

Одним из видов деятельности по обращению лекарственных средств является их производство. Производство лекарственных средств – серийное получение лекарственных средств в соответствии с правилами организации производства и контроля качества лекарственных средств, утвержденными федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств.

Производство лекарственных средств осуществляется организациями – производителями лекарственных средств, имеющими лицензии на производство лекарственных средств. Лицензия на производство лекарственных средств выдается организации – производителю лекарственных средств федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, на срок не менее чем пять лет.

Особые требования устанавливаются действующим законодательством в отношении маркировки и упаковки лекарственных средств. Лекарственные средства поступают в обращение, если на внутренней и внешней упаковках хорошо читаемым шрифтом на русском языке указаны:

- 1) Название лекарственного средства и международное непатентованное название;
- 2) название организации – производителя лекарственных средств;
- 3) номер серии и дата изготовления;
- 4) способ применения;
- 5) доза и количество доз в упаковке;
- 6) срок годности;
- 7) условия отпуска;
- 8) условия хранения;
- 9) меры предосторожности при применении лекарственных средств.

Лекарственные средства должны поступать в обращение только с инструкцией по применению лекарственного средства, содержащей следующие данные на русском языке:

- 1) название и юридический адрес организации – производителя лекарственного средства;
- 2) название лекарственного средства и международное непатентованное название;
- 3) сведения о компонентах, входящих в состав лекарственного средства;
- 4) область применения;
- 5) противопоказания к применению;
- 6) побочные действия;
- 7) взаимодействие с другими лекарственными средствами;
- 8) дозировки и способ применения;
- 9) срок годности;
- 10) указание, что лекарственное средство по истечении срока годности не должно применяться;
- 11) указание, что лекарственное средство следует хранить в местах, не доступных для детей;
- 12) условия отпуска.

Изготовление лекарственных средств в аптечном учреждении, имеющем лицензию на фармацевтическую деятельность, осуществляется по рецептам врачей на основе лекарственных средств, зарегистрированных в Российской Федерации.

Лицензия на фармацевтическую деятельность выдается аптечному учреждению органом исполнительной власти субъекта РФ.

Лекарственные средства могут производиться, продаваться и применяться на территории Российской Федерации, если они зарегистрированы федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств.

Ввоз лекарственных средств на территорию Российской Федерации осуществляется по лицензии на внешнеторговую деятельность с лекарственными средствами. Ввозимые лекарственные средства должны быть зарегистрированы в Российской Федерации.

Лекарственные средства, предназначенные для личного использования физическими лицами, прибывающими на территорию Российской Федерации, для лечения работников дипломатического корпуса или представителей международных организаций, аккредитованных в Российской Федерации, лечения пассажиров транс-

портного средства, прибывающего на территорию Российской Федерации, могут быть ввезены на территорию Российской Федерации без соответствующего оформления.

Лекарственные средства, предназначенные для гуманитарных целей, ввозятся на территорию Российской Федерации в порядке, определяемом Правительством РФ.

Вывозить лекарственные средства с территории Российской Федерации могут организации – производители лекарственных средств и организации оптовой торговли лекарственными средствами. Физические лица могут вывозить лекарственные средства в количествах, необходимых для личного использования, в порядке, определяемом таможенным законодательством Российской Федерации.

Оптовая торговля лекарственными средствами может осуществляться при наличии лицензии на данный вид деятельности. Осуществлять подобную деятельность могут предприятия – производители лекарственных средств и специализированные предприятия оптовой торговли.

Розничная торговля лекарственными средствами осуществляется аптечными учреждениями. Разрешена розничная торговля только лекарственными средствами, зарегистрированными в Российской Федерации.

Лекарственные средства, отпускаемые по рецепту врача, подлежат продаже только через аптеки. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача, могут продаваться также в аптечных магазинах и аптечных киосках. Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, пересматривается и утверждается один раз в пять лет федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств. Дополнение к перечню публикуется ежегодно.

Аптечные учреждения осуществляют свою деятельность на основании полученной лицензии. Лицензия на фармацевтическую деятельность выдается аптечному учреждению на срок до пяти лет органами исполнительной власти субъектов РФ.

Вновь разрабатываемые лекарственные средства нуждаются в доклинических и клинических испытаниях. Доклинические исследования лекарственных средств проводятся организациями – разработчиками лекарственных средств по утвержденному плану с ведением протокола и составлением отчета, в которые заносятся результаты доклинических исследований лекарственных средств. По

результатам доклинических исследований организация – разработчик лекарственных средств выдает заключение о возможности проведения в дальнейшем клинических исследований лекарственных средств. В соответствии с международными правилами допускается проведение доклинических исследований лекарственных средств на животных. Клинические испытания проводятся только в государственных лечебных или научно-исследовательских учреждениях. Правовую основу проведения клинических исследований лекарственного средства составляют следующие документы:

решение федерального органа контроля качества лекарственных средств о проведении клинических исследований лекарственного средства;

договор о проведении клинических исследований лекарственного средства между учреждением здравоохранения и организацией-разработчиком лекарственного средства.

Участие пациентов в клинических исследованиях лекарственных средств является **добровольным**. Пациент дает письменное согласие на участие в клинических исследованиях лекарственного средства. При этом пациент должен быть информирован о лекарственном средстве и сущности клинических исследований указанного лекарственного средства; об ожидаемой эффективности, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента; о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья; об условиях страхования здоровья пациента. Пациент имеет право отказаться от участия в клинических исследованиях лекарственного средства на любой стадии проведения указанных исследований.

Клинические исследования лекарственного средства могут быть прерваны, если в процессе их проведения обнаружена **опасность** для здоровья пациентов. Решение о прекращении клинических исследований лекарственного средства может принять руководитель программы указанных исследований.

Не допускаются клинические исследования лекарственных средств на несовершеннолетних, за исключением тех случаев, когда исследуемое лекарственное средство предназначается исключительно для лечения детских болезней или когда целью клинических исследований является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного средства для лечения несовершеннолетних. В последнем случае клиническим исследованиям лекарственного средства на несовершеннолетних должны предшествовать клинические исследования его на совершеннолетних.

При проведении клинических исследований лекарственных средств на несовершеннолетних необходимо письменное согласие их родителей.

Запрещается проведение клинических исследований лекарственных средств на:

несовершеннолетних, не имеющих родителей;

беременных женщинах, за исключением случаев, если проводятся клинические исследования лекарственных средств, предназначенных для беременных женщин, когда необходимая информация может быть получена только при клинических исследованиях лекарственных средств на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда беременной женщине и плоду;

военнослужащих;

лицах, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также на лицах, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

Допускаются клинические исследования лекарственных средств, предназначенных для лечения психических заболеваний, на лицах с психическими заболеваниями и признанных недееспособными в порядке, установленном Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Клинические исследования лекарственных средств в этом случае проводятся при наличии письменного согласия законных представителей указанных лиц.

Договор страхования здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного средства, заключается между организацией- разработчиком лекарственного средства и медицинской страховой организацией.

Предусмотрен особый порядок распространения информации о лекарственных средствах и рекламной деятельности в отношении лекарственных средств. Следует учитывать, что лекарственные средства – легальный товар, распространение рекламы которого для потребителей ограничено законом в силу опасности непрофессионального подхода при их применении. Даже при полном соблюдении всех требований медицинской науки и практики встречаются осложнения, которые сложно или невозможно предвидеть (обычно обусловлены индивидуальными особенностями организма).

Информация о лекарственных средствах, отпускаемых без рецепта врача, может содержаться в публикациях и объявлениях

средств массовой информации, специализированных и общих печатных изданиях, инструкциях по применению лекарственных средств, иных изданиях субъектов обращения лекарственных средств.

Информация о лекарственных средствах, отпускаемых по рецепту врача, допускается только в специализированных печатных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников.

В средствах массовой информации допускается реклама лекарственных средств. При этом реклама лекарственных средств не должна: обращаться к несовершеннолетним; содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате применения объекта рекламирования; содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования; создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования; содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья; способствовать созданию у здорового человека впечатления о необходимости применения объекта рекламирования; создавать впечатление ненужности обращения к врачу; гарантировать положительное действие объекта рекламирования, его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий; представлять объект рекламирования в качестве биологически активной добавки и пищевой добавки или иного не являющегося лекарственным средством товара; содержать утверждения о том, что безопасность и (или) эффективность объекта рекламирования гарантированы его естественным происхождением.

Если вследствие применения лекарственного средства нанесен вред здоровью человека, то организация-производитель, выпустившая это лекарственное средство, обязана возместить ущерб пострадавшему, когда доказано, что:

лекарственное средство применялось по назначению, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного средства и причиной вредного действия лекарственного средства оказались ошибки производства лекарственного средства;

вред здоровью нанесен применением лекарственного средства из-за ошибочной инструкции по применению лекарственного средства, изданной организацией – производителем лекарственных средств.

Если вред здоровью нанесен вследствие применения лекарственного средства, пришедшего в негодность в результате нарушений правил оптовой торговли лекарственными средствами или правил фармацевтической деятельности аптечных учреждений, то ущерб возмещает организация оптовой торговли лекарственными средствами или аптечное учреждение, по вине которых поступило в продажу или было отпущено указанное лекарственное средство.

В последнее время на российском рынке фармацевтической продукции все чаще стали появляться **фальсифицированные лекарственные средства**, поступающие на рынок в результате недобросовестной деятельности некоторых предпринимателей. В результате опасности подвергается жизнь и здоровье граждан, а государство несет экономические потери вследствие неуплаты налогов.

Фальсифицированные лекарственные средства поступают на фармацевтический рынок от отечественных и зарубежных производителей, которые умышленно производят фальсифицированные лекарственные средства. К таким средствам относят препараты, сопровождаемые ложной информацией о составе и/или производителе лекарственного средства.

Фальсифицированные лекарственные средства появляются в обороте также от отечественных и зарубежных фирм, занимающихся уничтожением (утилизацией) опасных отходов, т.е. недоброкачественных лекарственных средств, пришедших в негодность и/или с истекшим сроком годности. При этом вместо уничтожения лекарства подвергаются вторичной упаковке или другим манипуляциям и сбываются.

Противодействие обращению (обороту) фальсифицированных лекарственных средств в РФ осуществляют следующие государственные органы.

Противодействие в виде надзора и контроля за видами деятельности в сфере обращения лекарственных средств согласно ФЗ от 22 июня 1998 г. N 86-ФЗ "О лекарственных средствах" осуществляют:

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития – Росздравнадзор, который выдает лицензии на деятельность в сфере обращения лекарственных средств, а также осуществляет надзор и контроль за этой деятельностью;

Федеральная служба по экологическому, технологическому и атомному надзору – Ростехнадзор, который выдает лицензии на уничтожение (утилизацию) опасных отходов – лекарственных средств, пришедших в негодность, и/или лекарственных средств с

истекшим сроком годности, а также осуществляет контроль и надзор за этой деятельностью.

Выявление и привлечение виновных лиц к уголовной ответственности за обращение фальсифицированных лекарственных средств осуществляют МВД России (подразделения экономической безопасности; подразделения по борьбе с организованной преступностью), а также Федеральная таможенная служба, руководство которой осуществляет Правительство РФ.

При этом против виновных лиц возможно возбуждение уголовных дел по статьям УК РФ: 159 "Мошенничество", 147 "Нарушение изобретательских и патентных прав", 171 "Незаконное предпринимательство", 180 "Незаконное использование товарного знака", 188 "Контрабанда", 199 "Уклонение от уплаты налогов и (или) сборов с организаций", 238 "Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности".

Порядок обращения наркотических средств и психотропных веществ на территории Российской Федерации регламентируется ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры включаются в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Приложение 17) и, в зависимости от применяемых государством мер контроля, вносятся в следующие списки:

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список I);

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список II);

Список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список III);

Список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список IV).

В Российской Федерации действует государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ: культивирование растений; разработку, переработку, распределение, ввоз (вывоз), уничтожение наркотических средств, психотропных веществ.

Все наркотические средства должны выписываться на специальных рецептурных бланках, имеющих защиту и серийные номера (Приложение 18).

Такие бланки подлежат специальному учету и регистрации, лечебно-профилактические учреждения получают их через местные органы здравоохранения. Врач получает бланки под отчет и обязан вести их специальную регистрацию, учитывать корешки выписанных рецептов. Выданные рецептурные бланки числятся как за лечебным учреждением, так и за конкретным врачом.

Рецепты имеют право выписывать только врачи и только при наличии соответствующих медицинских показаний. Рецепт должен быть написан рукой врача, прописавшего его, и снабжен его личной печатью, а также иметь штамп и круглую печать лечебного учреждения.

Кроме того, для наркотических средств ограничено их количество, которое может быть выписано в одном рецепте. Рецепт, выписанный гражданину в установленном порядке, является единственным законным документом, дающим ему право на получение наркотических средств или психотропных веществ.

Выдача рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, без соответствующих медицинских показаний или с нарушением установленных правил оформления запрещается и влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ)).

Пропаганда наркотических средств запрещается. Реклама наркотических средств запрещается.

Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо употребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может

быть направлено на медицинское освидетельствование. Для направления на медицинское освидетельствование судьи, следователи, органы дознания выносят постановление.

В целях защиты здоровья, нравственности, прав и законных интересов граждан, обеспечения обороны страны и безопасности государства в Российской Федерации устанавливаются ограничения на занятие отдельными видами профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, для больных наркоманией.

Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

Больным наркоманией наркологическая помощь оказывается по их просьбе или с их согласия, а больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет наркологическая помощь оказывается без их согласия, но по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим употреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Диагностика наркомании, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация больных наркоманией проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Лечение больных наркоманией проводится только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Приватизация и передача в доверительное управление учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, запрещаются.

В соответствии с КоАП РФ (ст. 6.8.), незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Лицо, добровольно сдавшее приобретенные без цели сбыта наркотические средства или психотропные вещества, а также их аналоги, освобождается от административной ответственности за данное административное правонарушение.

Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КоАП РФ) влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Лицо, добровольно обратившееся в лечебно-профилактическое учреждение для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, освобождается от административной ответственности за данное правонарушение.

Лицо, в установленном порядке признанное больным наркоманией, может быть с его согласия направлено на медицинское и социальное восстановление в лечебно-профилактическое учреждение и в связи с этим освобождается от административной ответственности за совершение правонарушений, связанных с потреблением наркотических средств или психотропных веществ.

В соответствии со ст. 6.10 КоАП РФ:

вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, влечет наложение административного штрафа в размере от ста до трехсот рублей;

вовлечение несовершеннолетнего в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей;

те же действия, совершенные родителями или иными законными представителями несовершеннолетних, а также лицами, на которых возложены обязанности по обучению и воспитанию несовершеннолетних, влекут наложение административного штрафа в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей.

Под пивом и напитками, изготавливаемыми на его основе, следует понимать пиво с содержанием этилового спирта более 0,5% объема готовой продукции и изготавливаемые на основе пива напитки с указанным содержанием этилового спирта.

В РФ уголовная ответственность за нарушение законодательства в сфере незаконного оборота наркотических средств предусмотрена следующими статьями УК РФ: 228, 228.1, 228.2, 229, 230, 231, 232, 233, 234.

Решение вопроса о наличии крупного или особо крупного размера наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов проводится, исходя из размеров, которые установлены в Постановлении Правительства РФ от 7 февраля 2006 года N 76 для каждого конкретного наркотического средства или психотропного вещества.

2.3. ПОНЯТИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

С принятием Уголовного кодекса РФ в 1996 г. вопросы ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, повлекшее причинение вреда здоровью граждан или их смерти, разрешаются по-новому.

В УК РФ ст. 109 предусмотрена ответственность за причинение по неосторожности смерти – наказание ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового; ст. 118 предусмотрена ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности граждан вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Привлечение к предусмотренной законом ответственности врачей и лиц среднего медперсонала, по вине которых наступили столь тяжкие последствия, может способствовать предупреждению подобных фактов в будущем и в конечном итоге повышению уровня медицинской помощи населению.

Четкое определение оснований и пределов такой ответственности является необходимой гарантией против необоснованных обвинений медицинских работников в тех случаях, когда вред причинен не вследствие их недобросовестности или небрежности, а ввиду, например, особой сложности диагностики заболевания, отсутствия на данный момент научно обоснованных методов лечения или других объективных причин.

Основанием привлечения конкретного медицинского работника к уголовной ответственности является совершение им правонарушения – преступления, под которым понимают виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным ко-

дексом под угрозой наказания (ст. 14 УК РФ). **Деяние** – это поведение человека в форме действия или бездействия, причем **действие** – это активное волевое поведение, а **бездействие** – пассивное волевое поведение, которое выражается в невыполнении лежащей на лице обязанности действовать.

Обязательными признаками преступления являются противоправность; общественная опасность; виновность; наказуемость. **Противоправность** означает совершение деяния, предусмотренного действующим УК РФ. **Общественная опасность** рассматривается как способность предусмотренного уголовным законом деяния причинять существенный вред охраняемым уголовным законом объектам (интересам) – жизни, здоровью, правам и свободам человека и гражданина, собственности, общественному порядку и общественной безопасности, окружающей среде, конституционному строю Российской Федерации.

Следует учитывать, что не является преступлением деяние, формально подпадающее под признаки, указанные в УК РФ, но в силу малозначительности не представляющее общественной опасности, т.е. не причинившее вреда и не создавшее угрозы причинения вреда личности, обществу или государству (ст. 14 УК РФ). **Наказуемость** означает, что за совершение того или иного запрещенного уголовным законом деяния действующим УК РФ предусмотрено определенное наказание. **Виновность** – определенное психическое отношение к деянию и его последствиям со стороны лица, совершившего это деяние. Если действия лица невиновно вызвали общественно опасные последствия, то его поведение не является преступлением. Выделяют две основные формы вины: умысел и неосторожность. В зависимости от формы вины все преступления делятся на умышленные и неосторожные. Умысел, в свою очередь, делится на прямой и косвенный (ст. 25 УК РФ). К признакам прямого умысла относят осознание лицом общественной опасности своих действий (бездействия); предвидение возможности или неизбежности наступления общественно опасных последствий; желание их наступления. Признаками косвенного умысла являются осознание лицом общественной опасности своих действий; предвидение возможности наступления общественно опасных последствий; нежелание, но сознательное допущение этих последствий либо безразличное к ним отношение.

Преступная неосторожность выступает в форме легкомыслия или небрежности (ст. 26 УК РФ). Неосторожные деяния сами по себе являются не преступными, а административными, дисципли-

нарными, производственными, технологическими и иными нарушениями установленных правил или элементарной осторожности. Неосторожные деяния приобретают характер преступных, когда они становятся причиной наступивших общественно опасных последствий. Неосторожная вина возможна только при совершении преступлений с материальным составом, т.е. когда в УК РФ предусмотрены общественно опасные последствия, являющиеся результатом тех или иных действий виновного. При легкомысленной вине субъект предвидит возможность наступления общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на их предотвращение. При небрежной вине лицо, совершая действие, не предвидит возможности наступления общественно опасных последствий, хотя при соответствующей внимательности и предусмотрительности оно должно было и могло по своим субъективным возможностям предвидеть эти последствия. **Субъективный критерий**, т.е. то, что входит в понятие "могло", является главным, определяющим. Здесь учитываются индивидуальные особенности субъекта – возраст, жизненный опыт, образование, квалификация, эмоциональное состояние. Возможны случаи, когда преступление совершается с двумя формами вины: умышленно и неосторожно.

Отношение субъекта к совершаемым действиям характеризуется умыслом, а к наступившим тяжким последствиям – неосторожностью (например, умышленное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью; неоказание помощи больному (умышленное бездействие), повлекшее по неосторожности смерть больного либо причинение вреда здоровью). Общественно опасные по характеру совершенных действий (бездействия) и наступивших последствий деяния, совершенные невиновно, не относятся к числу преступлений и не влекут за собой наступления уголовной ответственности (невиновное причинение вреда, ст. 28 УК РФ).

В ч. 1 ст. 28 УК РФ деяние признается совершенным **невиновно**, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть (неблагоприятный исход лечения именуемый "несчастливым случаем"). Совокупность субъективных и объективных невозможностей осознания и предвидения

дает основание признать действия лица, повлекшие общественно опасные последствия, невиновными. В ч. 2 ст. 28 УК РФ деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий, но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам. В таком случае интеллектуальный момент в психическом отношении лица к возможным последствиям состоит в том, что оно предвидит их наступление. При этом воля его направлена не на достижение прогнозируемых последствий, а на их предотвращение.

Под **экстремальными** условиями понимаются обстоятельства крайние, необычные по трудности и сложности.

Несоответствие психофизиологических качеств лица требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам означает то, что лицо, имеющее необходимые профессиональные навыки, знания, опыт, состояние здоровья, допуск к таким видам работ и так далее, при всем напряжении своих субъективных возможностей и профессиональной грамотности действий не могло предупредить наступление последствий.

Под **обстоятельствами, исключающими преступность**, в УК РФ понимаются также такие условия, при которых причинение вреда не рассматривается как влекущее уголовную ответственность деяние. К их числу относятся: необходимая оборона, крайняя необходимость, задержание лица, совершившего преступление, физическое или психическое принуждение, исполнение приказа, обоснованный риск.

Обоснованный риск (ст. 41 УК РФ) может иметь место в различных сферах общественной жизни, в том числе и в медицине. В ст. 41 УК РФ определены пределы (условия) правомерности риска, при которых уголовная ответственность исключается:

не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели;

риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда;

риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Обоснованный риск предполагает общественно полезную цель, которая не могла быть достигнута иными методами, не связанными с риском. При этом лицо предпринимает достаточные с профессиональной точки зрения меры предосторожности, а его действия не сопряжены с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия. Лицо, действующее в условиях правомерного риска, не подлежит уголовной ответственности за причиненный вред.

Медицинский риск является разновидностью обоснованного риска, он возможен при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов. Применительно к медицинскому риску уголовно-правовые условия его правомерности конкретизированы.

Первое условие предполагает достижение общественно полезного результата, заключающегося в сохранении жизни и здоровья человека как важнейших общечеловеческих ценностей, признанных Всеобщей декларацией прав человека и закрепленных в Конституции РФ.

Второе условие обоснованности риска предусматривает, что при наличии альтернативы медицинский работник должен выбрать путь лечения, не связанный с риском, чтобы избежать причинения вероятного вреда пациенту.

Третье условие определяет, что медицинский работник, допуская риск при лечении больного, предпринимает достаточные меры, направленные на предотвращение или снижение возможного вреда, т.е. действует на основе накопленного опыта, знаний и умений, руководствуется при этом соответствующими нормативными предписаниями (приказами, инструкциями и т.д.), использует достижения современной медицинской науки и практики.

Медицинский работник, нарушивший в ситуации риска перечисленные выше условия правомерности, повлекшие вредные последствия для жизни и здоровья пациента (смерть, существенное ухудшение здоровья и т.д.), при наличии вины в виде преступного легкомыслия либо косвенного умысла привлекается к уголовной ответственности за необоснованный риск.

Если при оценке конкретного случая будут установлены все условия правомерности, тогда следует признать, что вред был причинен при обстоятельствах правомерного риска и, следовательно, в действиях лица нет преступления.

Ненаказуемо причинение вреда при рискованных методах лечения, если такой вред наступает в результате недостаточного

практического познания на данном этапе определенных закономерностей функционирования органов и тканей человека, воздействия лекарств, парадоксальной реакции организма и т.д.

В ст. 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан указано: "Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия".

При этом допускается проведение биомедицинских исследований с привлечением человека в качестве объекта исследования. В ч. 7 указанной статьи Основ оговаривается, что "при получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть представлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования".

О том, что медицинская деятельность может быть связана с риском, указано и в ст. 31 Основ: "Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения".

В УК РФ ряд статей напрямую затрагивают интересы пациентов и медицинских работников, среди которых: ст. 109 "Причинение смерти по неосторожности"; ст. 118 "Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности"; ст. 123 "Незаконное производство аборта"; ст. 124 "Неоказание помощи больному"; ст. 128 "Незаконное помещение в психиатрический стационар"; ст. 233 "Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ"; ст. 235 "Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью".

УК РФ предусматривает специальные составы профессиональной неосторожности (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ).

Неосторожное причинение смерти, тяжкого вреда здоровью может быть результатом как действия, так и бездействия, которые с неизбежностью или реальной возможностью ведут к лишению жизни потерпевшего или причинению ему тяжкого вреда.

Случаи неосторожного причинения смерти, тяжкого вреда здоровью пациента в результате осуществления медицинским работником своих профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи принято называть неблагоприятными исходами лечения.

В судебно-медицинской литературе **неблагоприятные исходы лечения** классифицируются на врачебные ошибки; несчастные случаи; наказуемые упущения.

Врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методах лечения, выполнении операций и др., возникшее вследствие объективных и субъективных причин: несовершенства медицинских знаний, техники, недостаточности знаний в связи с недостаточным опытом работы. Ответственность не наступает.

Несчастный случай – неблагоприятный исход такого врачебного вмешательства, в результате которого не удастся предвидеть, а следовательно, и предотвратить его из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств, хотя врач действует правильно и в полном соответствии с принятыми в медицине правилами и методами лечения. Ответственность не наступает.

Наказуемые нарушения – случаи уголовно наказуемого недобросовестного оказания медицинской помощи.

При оценке обстоятельств, которые могли повлечь объективно ненадлежащую медицинскую помощь, необходимо учитывать следующие факторы:

недостаточность, ограниченность медицинских познаний в вопросах диагностики, лечения, профилактики некоторых заболеваний и осложнений (неполнота сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса; отсутствие четких критериев раннего распознавания и прогнозирования болезней);

несовершенство отдельных инструментальных медицинских методов диагностики и лечения;

чрезвычайную атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;

несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей данного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению;

недостаточные условия для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту с данным заболеванием в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения (уровень оснащенности диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием); исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;

ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения);

особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Если же главным в наступлении тяжелых для больного последствий является ненадлежащее оказание помощи, выражающееся в запоздалом (несвоевременном), недостаточном, неправильном (неадекватном) ее предоставлении, обусловленном причинами субъективного порядка, то это, безусловно, является основанием для уголовной ответственности.

Действия медицинского работника будут **неправильными** в том случае, если он не выполнил какие-то обязательные, известные в медицине требования (при переливании крови не определил групповую и резус-принадлежность крови донора и реципиента, необоснованно превысил дозировку лекарственного вещества или нарушил требования относительно способов его введения, без достаточных оснований допустил существенные отступления от схемы или принципов лечения определенной болезни и т.п.).

При оценке правильности тех или иных действий необходимо иметь в виду, что может существовать **несколько методов лечения** болезни и врач в таких случаях имеет право выбора исходя из своего опыта, знаний, обеспеченности лекарственными средствами и других обстоятельств. Если из нескольких равноценных методов лечения болезни, принятых в современной медицине, врач остановился на каком-то одном, действия его являются правомерными.

Под ненадлежащим исполнением лицом своих обязанностей понимается совершение деяния, не отвечающего полностью или частично официальным требованиям, предписаниям, правилам. Медицинский работник несет ответственность за ненадлежащее исполнение (неисполнение) обязанностей, относящихся к его должности и соответствующих его образованию.

Для квалификации по ч. 2 ст. 109, ст. 118 УК РФ необходимо установить, какие профессиональные обязанности нарушил виновный; установить, что данное лицо знало или должно было знать эти обязанности; в результате чего это деяние обусловило причинение смерти или вреда здоровью.

Уголовная ответственность за неправильные действия медицинского работника может наступить лишь в случаях, когда он в соответствии с полученным образованием и занимаемой должностью обязан был понимать, что его действия находятся в противоречии с определенными правилами медицины и способны привести к неблагоприятным последствиям.

Обязанность сознавать неправильность тех или иных действий предполагает также, что данный медицинский работник не только должен был, но и имел реальную возможность знать, как следует поступать в определенной ситуации.

Таким образом, уголовная ответственность **не наступает**, если при неблагоприятном исходе лечения действия медицинского работника были правильными, если он сделал все, что следовало сделать в данной ситуации; если медицинский работник не мог предвидеть, что его действия являются неправильными; если при объективно неправильных действиях не наступили вредные последствия или же отсутствует причинная связь между действиями и наступившими последствиями.

Прогресс в медицинской науке в области трансплантации породил возможность возникновения криминальных ситуаций, связанных с поиском и использованием подходящих лиц для изъятия у них органов и тканей, в том числе и путем принуждения (ст. 120 УК РФ "Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации").

Преступное деяние включает принуждение, психическое давление на потерпевшего в любой форме: угрозу применения насилия, носящую реальный, действительный характер, обещания, предложение денег, обман под предлогом необходимости проведения медицинской операции и т.д. Состав преступления образует принуждение к согласию на изъятие любых органов и тканей.

Преступление считается оконченным с момента принуждения.

Если же принуждение реализовано и орган или ткани изъят, содеянное квалифицируется по совокупности совершенных преступлений в зависимости от наступивших последствий:

принуждение к изъятию органов или тканей для трансплантации (ст. 120 УК РФ);

умышленное причинение тяжкого (ст. 111 УК РФ) вреда здоровью;

умышленное причинение средней тяжести (ст. 112 УК РФ) вреда здоровью;

убийство в целях использования органов и тканей потерпевшего (п. "м" ч. 2 ст. 105 УК РФ).

Квалифицирующий признак ч. 2 ст. 120 – заведомое использование беспомощного состояния лица или материальной и иной зависимости от виновного (бессознательное состояние, физическая неспособность лица оказать сопротивление, зависимость, обусловленная долгом, проживанием на жилплощади виновного, иждивением, служебная зависимость и т.д.).

Вопросы оказания помощи ВИЧ-инфицированным регламентируются в РФ Федеральным законом "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)". Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей влечет за собой ответственность по ч. 4 ст. 122 УК РФ.

Преступление имеет место при совершении виновным лицом действия или бездействия (ненадлежащим выполнением лицом тех профессиональных обязанностей, которые обеспечивают предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией).

Субъектом данного преступления может быть не только лицо, работающее в системе здравоохранения, осуществляющее диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, но также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

Обязательным условием данного преступного деяния является наступление опасных последствий для потерпевшего (установление факта заражения ВИЧ-инфекцией), а также установление причинной связи между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей и наступившими последствиями.

Субъективная сторона выступает в виде неосторожности (легкомыслия, небрежности), а при наличии умысла ответственность наступает по совокупности преступлений, включая умышленное (либо неосторожное) причинение тяжкого вреда здоровью.

Частью 1 статьи 123 УК РФ предусмотрена ответственность за незаконное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля (т.е. не имеющего сертификата по акушерству и гинекологии), а ч. 3 той

же статьи применяется, если незаконный аборт повлек по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью.

Согласно ст. 36 Основ искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ ОМС в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Аборт как прерывание беременности в медицинской науке подразделяется на самопроизвольный и искусственный. Искусственный аборт, в свою очередь, подразделяется на правомерный и незаконный (криминальный).

Искусственное прерывание беременности может проводиться по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности (ст. 36 Основ).

Преступное деяние проявляется в действиях, направленных на искусственное прерывание беременности женщины другим человеком. Способы совершения незаконного аборта могут быть различными и не влияют на квалификацию преступления.

Преступление считается оконченным с момента осуществления криминального аборта.

Если действия виновного не привели к прерыванию беременности по независящим от него причинам, содеянное надлежит квалифицировать как оконченное преступление.

Обязательным признаком незаконного производства аборта является согласие беременной женщины на его производство.

Прерывание беременности вопреки воле женщины подлежит квалификации как умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ч. 1 ст. 111 УК РФ).

По ч. 3 ст. 123 УК РФ обязательным является наступление опасных последствий в виде причинения тяжкого вреда либо смерти. Установление причинной связи между производством аборта и наступившими последствиями является обязательным.

Субъективная сторона представлена прямым умыслом, когда лицо осознает, что прерывает беременность, и желает этого.

По ч. 3 ст. 123 УК РФ предусмотрена двойная форма вины: умысел по отношению к действию (незаконному абарту), неосторожность по отношению к наступившим последствиям (причинение тяжкого вреда либо смерти).

Данное преступление предполагает наличие специального субъекта – лица, не имеющего высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Врач-специалист в качестве субъекта исключен, поэтому врач-специалист (акушер- гинеколог), осуществляющий в пределах лечебного учреждения преступные действия (например, производящий аборт при отсутствии медицинских показаний при сроке беременности 23 недели), не подлежит уголовной ответственности по анализируемой статье УК РФ. В таких случаях виновные лица будут нести ответственность только при наличии вредоносных последствий, но уже по другим статьям УК РФ.

В соответствии со статьей 124 УК РФ преступлением признается неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного (ч. 1), смерть либо причинение тяжкого вреда здоровью (ч. 2).

Ответственность за неоказание помощи больному наступает только при наличии последствий (смерти или существенного вреда здоровью).

Если помощь больному не оказана и реальных вредоносных последствий для здоровья не наступило, уголовная ответственность врача, не оказавшего помощь, исключается. Уголовная ответственность за неоказание помощи больному наступает при наличии существующей правовой обязанности ее оказывать и обращения больного, или его представителя, либо других лиц за медицинской помощью.

В исключительных случаях медицинский работник обязан оказывать помощь и без такого обращения, например, когда врач оказывается свидетелем дорожно- транспортного происшествия и пострадавшие не могут обратиться с просьбой о помощи.

Неоказание помощи может выразиться в различных действиях, к которым относятся: неявка врача на дом по вызову, отказ принять больного в больницу, отказ в оказании помощи пациенту, находящемуся в лечебном учреждении, невызов специалиста медработником, который явился в больницу, но оказался некомпетентным в диагностике и лечении обнаруженной болезни, невыполнение в полном объеме своих профессиональных обязанностей.

Ответственность за неоказание помощи больному не наступает при наличии уважительных причин, к которым относят:

непреодолимую силу (действия внешних факторов или сторонних лиц, препятствующих оказанию помощи);

крайнюю необходимость (помощь другому тяжело больному, "сортировка" больных);

болезнь медицинского работника;

отсутствие медикаментов, инструментов, средств транспортировки больного;

некомпетентность медицинского работника (при условии, что им была оказана вся возможная первая медицинская помощь и предприняты меры для вызова соответствующего (профильного) специалиста или предприняты меры для профильной госпитализации);

отсутствие медицинского полиса при оказании плановой помощи.

Неоказание помощи больному признается оконченным преступлением с момента, когда в результате неоказания помощи больному наступает средней тяжести вред его здоровью.

Для наличия в действиях виновного состава преступления необходимо установить причинную связь между неоказанием помощи больному и наступившим вредом его здоровью. Если будет установлено, что последний наступил в силу каких-то других причин, то в действиях медицинского работника не будет состава преступления.

Субъективная сторона преступления характеризуется умыслом по отношению к невыполнению лицом своих профессиональных обязанностей по оказанию помощи больному и неосторожностью по отношению к наступившим последствиям в виде средней тяжести вреда здоровью.

В ч. 2 ст. 124 УК РФ предусмотрена ответственность за неоказание помощи больному, если это привело к смерти или повлекло тяжкий вред здоровью.

Для квалификации действий виновного по ч. 2 ст. 124 УК РФ необходимо установление причинной связи между неоказанием помощи больному медицинским работником и наступившими указанными последствиями.

Субъектом преступления является лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь в силу закона или иного нормативного акта. Медицинские работники независимо от того, в какой системе здравоохранения они работают, по своему профессиональному долгу обязаны оказывать срочную медицинскую помощь в любое время и в любом месте, где они оказались.

Частью 1 статьи 128 УК РФ предусмотрена ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар, а ч. 2 – за незаконное помещение в психиатрический стационар, если данное

Медицинское право

деяние совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия.

Основания и порядок помещения в психиатрический стационар предусмотрены Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

Объектом преступления являются личная свобода человека и здоровье потерпевшего, когда ему без необходимости проводят "лечение" путем дачи лекарственных препаратов или используются другие средства.

Потерпевшим может быть любое лицо, не нуждающееся в психиатрическом лечении, в том числе психически больной человек, которому на момент помещения в стационар лечение не было показано. Потерпевшим может оказаться и малолетний ребенок, у которого есть родители или опекун, а также ребенок-сирота, содержащийся в доме-интернате. Незаконное помещение в психиатрический стационар заведомо не нуждающегося в психиатрическом лечении человека является специальным видом лишения свободы.

Объективная сторона преступления характеризуется незаконным помещением в психиатрический стационар человека, не нуждающегося в психиатрическом лечении.

Под помещением в психиатрический стационар следует понимать окончательное оформление документов в приемном отделении. С этого момента преступление следует считать оконченным.

Отказ выписать пациента из психиатрического стационара после его излечения также следует квалифицировать по ст. 128 УК РФ.

Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной виной, когда виновный сознает, что потерпевший не нуждается в психиатрической помощи, но действия совершает с целью поместить "больного" в психиатрический стационар. Такие преступления не преследуют медицинских целей.

В случае помещения в психиатрический стационар заведомо здорового человека с целью содействовать уклонению от действительной военной службы отсутствует состав преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ, поскольку деяние совершается не вопреки воле потерпевшего, а с его согласия.

Субъектом преступления является лицо, которое окончательно решает вопрос о помещении потерпевшего на стационарное лечение. Соучастниками преступления могут быть и другие лица, в том числе не имеющие отношения к медицинской практике.

Ответственность за незаконное помещение в психиатрическую больницу усугубляется в случаях, если оно осуществляется лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 128 УК РФ).

В случае если вследствие незаконного помещения в психиатрический стационар наступила смерть потерпевшего или был причинен тяжкий вред его здоровью или иные тяжкие последствия, содеянное квалифицируется по ч. 2 ст. 128 УК РФ. Под иными тяжкими последствиями понимают, например, самоповреждения, самоубийство потерпевшего. При этом следует установить наличие причинной связи между незаконным помещением в психиатрическую больницу и наступившими последствиями. При этом вина к последствиям со стороны субъекта преступления может быть только неосторожной.

Объектом преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 137 УК РФ (нарушение неприкосновенности частной жизни с использованием своего служебного положения), являются конституционные права и свободы гражданина, неприкосновенность его частной жизни.

Неприкосновенность частной жизни установлена Конституцией РФ (ст. ст. 23, 24). Использование и распространение информации о частной жизни гражданина без его согласия не допускается.

Преступление проявляется в распространении сведений, составляющих врачебную тайну, в виде сообщения виновным без согласия потерпевшего таких сведений третьим лицам в разговоре, оглашении в публичном выступлении, в магнитной или видеозаписях, обнародованием этих сведений в печати и т.д.

Причинение вреда правам и законным интересам гражданина может быть в виде морального или материального ущерба (недоверие со стороны других лиц, отказ в приеме на работу или увольнение с нее, срыв выгодной сделки, разлад в семье и т.д.).

Преступление считается оконченным с момента причинения вреда правам и законным интересам потерпевшего.

Субъективная сторона преступного деяния представлена прямым или косвенным умыслом (лицо осознает, что совершает преступление, предвидит неизбежность, а иногда возможность причинения ущерба правам потерпевшего, желает наступления этих последствий или безразлично относится к ним).

Мотивом преступления является корыстная или иная личная заинтересованность. Корыстная заинтересованность состоит в же-

лании получить материальную выгоду, иная – в стремлении устранить претендента на вакантную должность, дискредитировать соперника, отомстить обидчику, навредить недоброжелателю и т.п.

Субъектом преступления выступает лицо, которому в связи с исполнением своих служебных обязанностей стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Объектами преступления, предусмотренного ст. 233 УК РФ (незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ), являются законный порядок оборота (использования) наркотических и психотропных веществ, предусмотренный в РФ Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах", а также здоровье человека.

Рецепты, дающие право на получение наркотических средств или психотропных веществ, являются единственным документом такого рода для граждан.

Под иными документами следует понимать любые другие документы, которые в соответствии с установленным порядком дают право на получение наркотических средств или психотропных веществ в процессе осуществления деятельности в сфере их законного оборота. Это могут быть заявка медицинского учреждения на получение указанных средств или веществ, документ, выдаваемый органом внутренних дел и подтверждающий наличие условий для сохранности наркотических средств или психотропных веществ, лицензия, дающая право на соответствующую деятельность, и др.

В указанной статье предусмотрена ответственность за 4 самостоятельных преступления: незаконная выдача рецептов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ; подделка таких рецептов; незаконная выдача иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ; подделка таких документов.

Незаконность в смысле настоящей статьи означает, что выдача рецепта или иного документа произошла с нарушением установленного порядка их выдачи. Так, рецепт может быть выдан без медицинских показаний, лицензия на право деятельности с наркотическими средствами дана аптеке без соответствующего документа из органа внутренних дел, подтверждающего наличие в аптеке условий сохранности таких средств, и т.п.

Порядок выдачи рецептов устанавливается нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Все наркотические средства должны выписываться на специальных рецептурных бланках, имеющих защиту и серийные

номера. Эти бланки подлежат специальному учету и регистрации. Лечебно- профилактические учреждения получают бланки рецептов через местные органы здравоохранения. Врач получает бланки под отчет и обязан вести их специальную регистрацию и учитывать корешки выписанных рецептов. Выданные рецептурные бланки числятся как за лечебным учреждением, так и за конкретным врачом.

Рецепты имеют право выписывать только врачи и только при наличии соответствующих медицинских показаний. Рецепт должен быть написан рукой врача, прописавшего его, и снабжен его личной печатью, а также иметь штамп и круглую печать лечебного учреждения. Кроме того, для наркотических средств ограничено их количество, которое может быть выписано в одном рецепте. Рецепт, выписанный гражданину в установленном порядке, является единственным законным документом, дающим ему право на получение наркотических средств или психотропных веществ.

Выдача рецепта или другого документа, дающего право на получение наркотических средств или психотропных веществ, означает предоставление рецепта или документа в распоряжение лица для последующего использования.

Подделка рецепта либо документа состоит во внесении изменений, искажающих содержание, в подлинный рецепт или документ (изменение количества выписанного наркотического средства, даты выдачи и т.п.), а равно в изготовлении подложного рецепта или документа.

Преступления, предусмотренные настоящей статьей, оконченны с момента совершения незаконных действий независимо от того, были ли рецепт или иной документ использованы для получения наркотических средств или психотропных веществ либо разрешения на деятельность, связанную с получением указанных средств и веществ.

Субъективная сторона рассматриваемых преступлений характеризуется прямым умыслом, когда виновный осознает, что незаконно выдает рецепт или иной документ, дающий право на получение наркотических средств или психотропных веществ, либо подделывает их и желает этого.

Субъектами этих преступлений могут быть частные лица, достигшие 16-летнего возраста (если предметом является рецепт), медицинские работники, как имеющие право выдачи рецептов на получение наркотических средств или психотропных веществ, так и не имеющие такового, а также должностные лица, в обязанность

которых входят выдача документов, дающих право на деятельность в сфере оборота наркотических средств или психотропных веществ, связанную с их получением; представление заявок предприятий, учреждений, организаций на получение указанных средств или веществ; представление документов, необходимых на получение лицензий на деятельность по обороту наркотиков.

Незаконной частной практикой (ст. 235 УК РФ) признается занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью (ч. 1 ст. 235 УК РФ) или смерть человека (ч. 2 ст. 235 УК РФ).

Преступление, предусмотренное настоящей статьей, посягает на здоровье населения и порядок регулирования частной медицинской и фармацевтической деятельности.

Незаконность занятия частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью означает, что лицо не имеет лицензии на выбранный вид деятельности. Статья 15 Основ законодательства об охране здоровья граждан содержит общее требование о необходимости иметь лицензии на указанные виды деятельности. Лицензия является официальным документом, дающим право на осуществление указанного в ней вида медицинской деятельности. По смыслу данной статьи незаконным будет не только занятие частной медицинской практикой либо фармацевтической деятельностью без получения лицензии, но и продолжение такой деятельности после окончания срока выданной лицензии либо изменение вида деятельности по сравнению с указанным в лицензии без изменения самой лицензии. Ответственность за данное преступление наступает в случае причинения вреда здоровью, причем вред может быть любой тяжести. Необходимым условием наступления ответственности выступает причинная связь между незаконным занятием частной медицинской или фармацевтической деятельностью и причиненным вредом.

С субъективной стороны данное преступление характеризуется неосторожной формой вины по отношению к последствиям, предусмотренным как ч. 1, так и ч. 2 ст. 235 УК РФ. Субъектом преступления является лицо, занимающееся частной медицинской практикой или фармацевтической деятельностью без лицензии на избранный вид деятельности.

В случае наличия прямого умысла по отношению к вреду, причиненному здоровью человека, либо к его смерти, преступное

деяние квалифицируется по другим статьям УК РФ, предусматривающим ответственность за соответствующее преступление против жизни и здоровья.

Среди должностных преступлений в сфере здравоохранения различают получение взятки (ст. 290 УК РФ), служебный подлог (ст. 292 УК РФ), халатность (ст. 293 УК РФ).

Получение взятки квалифицируется по ст. 290 УК РФ. Взятка может быть получена в виде денег, ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера за действия (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц. Должностное лицо может лично или через посредников получить незаконное вознаграждение за выполнение или невыполнение в интересах дающего взятку какого-либо действия, которое оно должно совершить в силу своего служебного положения, например, выдачу врачом листков нетрудоспособности трудоспособным гражданам, госпитализацию главным врачом больницы вне очереди и др.

Получение взятки считается оконченным преступлением с момента принятия получателем взятки вознаграждения независимо от того, совершены ли действия, обещанные за взятку, или их предполагается совершить в будущем. Размер вознаграждения, позволяющего вести речь об уголовной ответственности за получение взятки, должен превышать 5 минимальных размеров оплаты труда.

Получение взятки является должностным преступлением, поэтому ответственность за его совершение будут нести не все врачи, а только те, которые являются должностными лицами (руководители ЛПУ, их заместители, руководители структурных подразделений и лица, выполняющие организационно-хозяйственные и административные функции). К категории должностных лиц относят и медицинских работников, принимающих решения, дающих заключения или оформляющих документы, на основании которых у пациентов появляются определенные права и обязанности (врач, дающий экспертное заключение и выполняющий функции эксперта, врач, оформляющий листок нетрудоспособности).

Врач, получающий от пациента деньги за выполнение чисто лечебных и диагностических мероприятий, не будет подлежать уголовной ответственности по ст. 290 УК РФ.

Отягчающими обстоятельствами при получении взятки являются: получение взятки должностным лицом за незаконные действия (ч. 2 ст. 290 УК РФ), лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность

субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления (ч. 3 ст. 290 УК РФ).

В соответствии с ч. 4 ст. 290 УК РФ особо отягчающими обстоятельствами получения взятки являются совершение этого преступления группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; вымогательство при получении взятки; крупный размер взятки. Крупным размером взятки признаются сумма денег, стоимость ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера, превышающие 150 тыс. рублей.

Служебный подлог (ст. 292 УК РФ) выражается во внесении должностным лицом, а также государственным служащим или служащим органа местного самоуправления, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности (при отсутствии признаков преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 292 УК РФ).

Халатность (ст. 293 УК РФ) является неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе.

К ответственности по данной статье могут привлекаться должностные лица учреждений здравоохранения, халатно относящиеся к выполнению своих организационно-распорядительных, административных функций, если подобные действия или бездействие повлекли за собой причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства. В подобных ситуациях важное значение имеет оценка тех обязанностей должностного лица, которые отражены в должностных инструкциях, имеющихся во всех ЛПУ.

Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от **степени его тяжести** (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков и в соответствии с медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522 "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека" утверждены соответствующие Правила. В соответствии с этими Правилами, под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической

целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.

Квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются:

- 1) *в отношении тяжкого вреда:*
 - а) вред, опасный для жизни человека;
 - б) потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;
 - в) прерывание беременности;
 - г) психическое расстройство;
 - д) заболевание наркоманией либо токсикоманией;
 - е) неизгладимое обезображивание лица;
 - ж) значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
 - з) полная утрата профессиональной трудоспособности;
- 2) *в отношении средней тяжести вреда:*
 - а) длительное расстройство здоровья;
 - б) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;
- 3) *в отношении легкого вреда:*
 - а) кратковременное расстройство здоровья;
 - б) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Причинение **тяжкого вреда здоровью** квалифицируется по статье 111 УК РФ ("Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью"). В данной статье УК РФ содержатся следующие критерии (признаки) тяжкого вреда.

1. Вред, опасный для жизни человека.

Опасным для жизни является вред здоровью, вызывающий состояние, угрожающее жизни, которое может закончиться смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

Опасным для жизни вредом здоровью могут быть как телесные повреждения, так и заболевания и патологические состояния.

К таким повреждениям относят те, которые по своему характеру создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести его к смерти (первая группа), а также те, которые вызывают развитие угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера (вторая группа).

К первой группе опасных для жизни повреждений относятся:

проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга; открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;

ушиб головного мозга тяжелой степени; ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела;

проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;

переломы-вывихи и переломы тел или двухсторонние переломы дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг I и II шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;

вывихи (в том числе подвывихи) шейных позвонков; закрытые повреждения шейного отдела спинного мозга;

перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга;

ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также повреждения щитовидной и вилочковой железы;

ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов;

ранения живота, проникающие в полость брюшины;

ранения, проникающие в полость мочевого пузыря или кишечника (за исключением нижней трети прямой кишки);

открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы);

разрыв внутреннего органа грудной или брюшной полостей, или полости таза, или забрюшинного пространства, или разрыв диафрагмы, или разрыв предстательной железы, или разрыв мочеоточника, или разрыв перепончатой части мочеиспускательного канала;

двусторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестцового сочленения и нарушением непрерывности тазового кольца, или двойные переломы тазового кольца в передней и задней части с нарушением его непрерывности;

открытые переломы длинных трубчатых костей – плечевой, бедренной и большеберцовой, открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов;

повреждение крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной (общей внутренней наружной), подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен;

термические ожоги III – IV степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела;

ожоги III степени более 20% поверхности тела;

ожоги II степени, превышающие 30% поверхности тела.

Ко второй группе опасных для жизни относятся повреждения, если они повлекли за собой угрожающее жизни состояние. Опасными для жизни являются также заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных внешних факторов и закономерно осложняющиеся угрожающим жизни состоянием, или сами представляющие угрозу для жизни человека.

К угрожающим жизни состояниям относятся:

шок тяжелой степени (III – IV степени) различной этиологии;

кома различной этиологии;

массивная кровопотеря;

острая сердечная или сосудистая недостаточность, коллапс, тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

острая почечная или острая печеночная недостаточность;

острая дыхательная недостаточность тяжелой степени; гнойно-септические состояния;

расстройства регионального и органного кровообращения, приводящие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, эмболии (газовой и жировой) сосудов головного мозга, тромбозам;

сочетание угрожающих жизни состояний.

2. Потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций.

Под **вредом здоровью, приводящим к потере зрения**, понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до остроты зрения 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м и до светоощущения).

Потеря зрения на один глаз представляет собой утрату органом его функций и относится к тяжкому вреду здоровью.

Потеря одного глазного яблока представляет собой потерю органа.

Потеря слепого глаза квалифицируется по длительности расстройства здоровья.

Под **вредом здоровью, приводящим к потере речи**, понимают потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим, либо в результате потери голоса.

Под **вредом здоровью, приводящим к потере слуха**, понимают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3 – 5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо, как утрата органом его функций, относится к тяжкому вреду здоровью.

При определении тяжести вреда здоровью по признаку потери зрения или слуха не учитывают возможность улучшения зрения или слуха с помощью медико-технических средств (корректирующие очки, слуховые аппараты и т.п.).

Потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций.

К этой группе повреждений относят также:

потерю руки, ноги, т.е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключаящее их деятельность);

потерю наиболее важной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы) приравнивают к потере руки или ноги. Кроме того, потеря кисти или стопы влечет за собой стойкую утрату трудоспособности более одной трети и по этому признаку также относится к тяжкому вреду здоровью;

повреждения половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению, либо потеря способности к оплодотворению, зачатию, вынашиванию и деторождению;

потерю одного яичка, являющуюся потерей органа.

3. Прерывание беременности.

Прерывание беременности, независимо от ее срока, является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеваниями.

Судебно-медицинскую экспертизу в этих случаях производят комиссионно с участием акушера-гинеколога.

4. Психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, наркоманию, токсикоманию, производят

после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической и судебно-токсикологической экспертизы.

5. *Неизгладимое обезображивание лица.*

При повреждениях лица эксперт устанавливает их в обычном порядке, оценивая их тяжесть в соответствии с установленными критериями.

Кроме того, определяется, является ли повреждение **изгладимым**. Под изгладимостью повреждения следует понимать возможность исчезновения видимых последствий повреждения или значительное уменьшение их выраженности (т.е. выраженности рубцов, деформаций, нарушения мимики и пр.) с течением времени или под влиянием нехирургических средств. Если же для устранения этих последствий требуется косметическая операция, то повреждение считается неизгладимым.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом. Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости указанного повреждения.

6. *Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть.*

К тяжкому вреду здоровью относят повреждения, заболевания, патологические состояния, повлекшие за собой стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть.

С судебно-медицинской точки зрения стойкой следует считать утрату трудоспособности при определившемся исходе либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней.

Различают общую, профессиональную и специальную трудоспособность. Общая – способность человека к неквалифицированному труду, выполнению широкого круга трудовых процессов для удовлетворения его бытовых нужд, профессиональная – способность к работе по определенной профессии, специальная – способность к профессиональной деятельности по определенной специальности.

При определении тяжести вреда здоровью имеется в виду стойкая утрата общей трудоспособности.

Размеры стойкой утраты трудоспособности устанавливаются по специальной таблице, в которой процент утраты общей трудоспособности представлен числами, кратными пяти. Поэтому под утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть на практике принимается утрата трудоспособности в размере 35% и более.

7. Полная утрата профессиональной трудоспособности.

Средней тяжести вред здоровью (ст. 112 УК РФ) – вред, не опасный для жизни человека и не повлекший последствий, указанных в статье 111 УК РФ, но вызвавший длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть.

Под длительным расстройством здоровья понимают непосредственно связанные с повреждением последствия, продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня).

Длительность расстройства здоровья определяют по продолжительности временной утраты трудоспособности (временной нетрудоспособности). Длительность временной нетрудоспособности определяют с учетом данных, содержащихся в медицинских документах.

Судебно-медицинский эксперт, оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функций, связанных с причиненным вредом здоровью, должен исходить из объективных медицинских данных, в том числе установленных в процессе проведения экспертизы. Судебно-медицинский эксперт должен критически оценивать данные медицинских документов, так как длительность лечения потерпевшего может не соответствовать характеру травмы.

С другой стороны, может иметь место отказ потерпевшего от листка нетрудоспособности и преждевременный выход на работу по личному желанию. Во всех этих случаях судебно-медицинский эксперт должен оценивать продолжительность заболевания и его тяжесть, исходя из объективных данных.

К значительной стойкой утрате трудоспособности менее чем на одну треть относят утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно (определяют по упомянутой выше таблице).

Легкий вред здоровью (ст. 115 УК РФ) – это вред, вызвавший кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности.

Кратковременным считают расстройство здоровья, продолжающееся менее трех недель (менее 21 дня).

Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности – это утрата трудоспособности в размере 5%.

Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по

тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом – судебно-медицинским экспертом. Объектом судебно-медицинской экспертизы является живое лицо либо труп (его части), а также материалы дела и медицинские документы, представленные в распоряжение эксперта в установленном порядке.

Медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные о характере повреждений и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы. При необходимости эксперт составляет ходатайство о представлении ему дополнительных материалов, по получении которых проведение судебно-медицинской экспертизы возобновляется.

В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица к проведению судебно-медицинской экспертизы привлекаются врачи-специалисты организаций, в которых имеются условия, необходимые для проведения таких обследований. При проведении судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого такого воздействия.

В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится по их совокупности.

Ухудшение состояния здоровья потерпевшего в результате дефектов оказания медицинской помощи по поводу причиненных ему повреждений устанавливаются комиссионно с участием соответствующих специалистов и это не является основанием для увеличения степени тяжести вреда здоровью, вызванного травмой. В подобных случаях судебно-медицинские эксперты обязаны указать в заключении характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи оно находится с телесным повреждением, а также с дефектами оказания медицинской помощи. Осложнения,

возникшие при производстве операций или применении сложных современных методов диагностики, квалифицируются как вред здоровью, если они явились следствием дефектов при указанных врачебных вмешательствах. Установление дефектов медицинских вмешательств при этом осуществляют комиссионно.

Осложнения операций или примененных сложных методов диагностики при отсутствии дефектов их выполнения, являющиеся следствием других причин (тяжесть состояния больного, непредвиденные особенности реакции больного и др.), не подлежат судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью.

При наличии повреждений разной давности определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека каждым из них, производится отдельно.

2.4. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ И САНИТАРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Вопросы осуществления противоэпидемиологических и санитарных мероприятий регулируются Федеральным законом от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". **Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения** – состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности. **Инфекционные заболевания** – инфекционные заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку. **Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих**, – это болезни, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия). **Массовые неинфекционные заболевания (отравления)** – заболевания, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;

контроля за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;

создания экономической заинтересованности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соблюдении законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;

государственного санитарно-эпидемиологического надзора; сертификации продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;

лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;

государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию РФ отдельных видов продукции;

проведения социально-гигиенического мониторинга;

научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;

мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;

мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В соответствии с законодательством о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения граждане обладают комплексом прав в этой сфере (ст. 8 ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"), а именно имеют право:

на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;

получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного

самоуправления, органах, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;

осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;

вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Граждане обязаны выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц; заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей; не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя:

контроль за выполнением санитарного законодательства, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

предписаний и постановлений должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации;

меры пресечения нарушений санитарного законодательства, выдачу предписаний и вынесение постановлений о фактах нарушения санитарного законодательства, а также привлечение к ответственности лиц, их совершивших;

контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой;

проведение санитарно-эпидемиологических исследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);

разработку предложений о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на федеральном уровне;

государственный учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания в целях формирования государственных информационных ресурсов.

Надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Данная служба осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Должностные лица, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при исполнении своих служебных обязанностей и по предъявлению служебного удостоверения имеют право получать от федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц документированную информацию по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; проводить санитарно-эпидемиологические исследования; беспрепятственно посещать территории и помещения объектов, подлежащих государственному санитарно-эпидемиологическому надзору, в целях проверки соблюдения индивидуальными предпринимателями, лицами, осуществляющими управленческие функции в коммерческих или иных организациях, и должностными лицами санитарного законодательства и выполнения на указанных объектах санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; посещать с согласия граждан их жилые помещения в целях обследования их жилищных условий; проводить отбор для

исследований проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов; проводить досмотр транспортных средств и перевозимых ими грузов, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов, в целях установления соответствия транспортных средств и перевозимых ими грузов санитарным правилам; проводить отбор для исследований проб воздуха, воды и почвы; проводить измерения факторов среды обитания в целях установления соответствия таких факторов санитарным правилам; составлять протокол о нарушении санитарного законодательства.

При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) эти должностные лица имеют право давать гражданам и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения ими в установленные сроки:

- об устранении выявленных нарушений санитарных правил;
- прекращении реализации не соответствующей санитарным правилам или не имеющей санитарно-эпидемиологического заключения продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;
- проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- проведении лабораторного обследования граждан, контактировавших с больными инфекционными заболеваниями, и медицинского наблюдения за такими гражданами;
- выполнении работ по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также на территориях и в помещениях, где имеются и сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

Главные государственные санитарные врачи и их заместители наряду с перечисленными правами вправе рассматривать материалы и дела о нарушениях санитарного законодательства; предъявлять иски в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства; давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам санитарно-эпидемиологические заключения. Главные государственные санитарные врачи и их заместители вправе также при выявлении нарушения санитарного законодательства, которое создает угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых

неинфекционных заболеваний (отравлений), принимать в установленном законом порядке меры по приостановлению:

проектирования, строительства, реконструкции, технического перевооружения объектов и ввода их в эксплуатацию;

эксплуатации объектов, производственных цехов и участков, помещений, зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств, выполнения отдельных видов работ и оказания услуг;

разработки, производства, реализации и применения (использования) продукции; производства, хранения, транспортировки и реализации продовольственного

сырья, пищевых добавок, пищевых продуктов, питьевой воды и контактирующих с ними материалов и изделий;

использования водных объектов в целях питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, а также в лечебных, оздоровительных и рекреационных целях;

ввоза на территорию Российской Федерации продукции, не имеющей санитарно-эпидемиологического заключения о ее соответствии санитарным правилам, или не зарегистрированных в установленном законодательством Российской Федерации порядке потенциально опасных для человека химических, биологических, радиоактивных веществ, отдельных видов продукции, отходов, товаров, грузов.

Действия (бездействие) должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, могут быть обжалованы в вышестоящий орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Главному государственному санитарному врачу или в суд. Подача жалобы не приостанавливает обжалуемых действий, если исполнение обжалуемых действий не приостанавливается решением суда. За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность.

Административная ответственность устанавливается Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. N 195-ФЗ (КоАП РФ) за следующие нарушения санитарного законодательства.

Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противо-

эпидемических мероприятий, влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от ста до пятисот рублей; на должностных лиц – от пятисот до одной тысячи рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от пятисот до одной тысячи рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц – от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Статья 6.4. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта.

Статья 6.5. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде.

Статья 6.6. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения.

Статья 6.7. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям воспитания и обучения.

Статья 8.2. Несоблюдение экологических и санитарно-эпидемиологических требований при обращении с отходами производства и потребления или иными опасными веществами.

Согласно КоАП РФ (ст. 32.2), административный штраф должен быть уплачен лицом, привлеченным к административной ответственности, не позднее тридцати дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу либо со дня истечения срока отсрочки или срока рассрочки, предусмотренных статьей 31.5. При отсутствии самостоятельного заработка у несовершеннолетнего административный штраф взыскивается с его родителей или иных законных представителей. Сумма административного штрафа вносится или перечисляется лицом, привлеченным к административной ответственности, в банк или в иную кредитную организацию.

По истечении указанных сроков и при отказе от добровольного исполнения постановления о наложении штрафа предусмотрено принудительное исполнение постановления.

Кроме того, предусмотрена уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства (заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих обязанностей – ст. 122 УК РФ, нарушение правил, установленных в целях борьбы с эпидемиями – ст. 236 УК РФ, нарушение правил безопасности с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами – ст. 248 УК РФ).

Правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней устанавливаются Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней".

Иммунопрофилактика инфекционных болезней – система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

Национальный календарь профилактических прививок – нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок.

Поствакцинальные осложнения, вызванные профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям – тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок.

Сертификат профилактических прививок – документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует: доступность для граждан профилактических прививок;

бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;

социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;

государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов.

Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений; отказ от профилактических прививок.

Отсутствие профилактических прививок влечет запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении Перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок" утвержден Перечень таких работ:

сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные и другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные работы;

работы по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных;

работы в организациях по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных;

работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных;

работы по убою скота, больного инфекциями, общими для человека и животных, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов;

работы, связанные с уходом за животными и обслуживанием животноводческих объектов в животноводческих хозяйствах, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных;

работы по отлову и содержанию безнадзорных животных;

работы по обслуживанию канализационных сооружений, оборудования и сетей; работы с больными инфекционными заболеваниями;

работы с живыми культурами возбудителей инфекционных заболеваний; работы с кровью и биологическими жидкостями человека;

работы во всех типах и видах образовательных учреждений.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны выполнять предписания медицинских работников; в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Финансовое обеспечение противозидемических мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней, а также проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, является расходным обязательством Российской Федерации.

Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита и гриппа. В национальном календаре профилактических прививок устанавливаются сроки проведения указанных прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации.

Сроки проведения профилактических прививок против гриппа и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, устанавливаются ежегодно с учетом прогнозируемой заболеваемости.

Национальный календарь профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения. Решения о про-

ведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главный государственный санитарный врач Российской Федерации, Главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации.

Сроки и порядок проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность.

Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством РФ.

Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные медицинские иммунобиологические препараты. Медицинские иммунобиологические препараты, используемые для иммунопрофилактики, подлежат обязательной сертификации.

При возникновении **поствакцинальных осложнений** граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

При возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10000 рублей.

Постановление Правительства РФ от 2 августа 1999 г. N 885 "Об утверждении Перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий" утвердило Перечень поствакцинальных осложнений:

анафилактический шок;

тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек – отек Квинке, синдром Стивена-Джонсона, синдром Лайела, синдром сывороточной болезни и т.п.);

энцефалит;

вакцино-ассоциированный полиомиелит;

поражения центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома;

генерализованная инфекция, остеоит, остит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;

артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30000 рублей имеют члены его семьи.

Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей.

Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100% среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Один из родителей либо иной законный представитель несовершеннолетнего имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности за все время болезни несовершеннолетнего, связанной с поствакцинальным осложнением, в размере 100% от среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

2.5. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время в российском законодательстве в особую группу выделены нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан содержат специальный раздел, посвященный медицинской экспертизе (раздел IX). Согласно этому разделу, выделены пять видов медицинских экспертиз.

1. Экспертиза временной нетрудоспособности

Субъектами данного вида экспертизы (экспертами) являются лечащие врачи государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, которым предоставляется право выдачи листка нетрудоспособности единолично сроком до 30 дней. На больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листа нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

2. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза производится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Таким образом, в качестве субъектов медико-социальной экспертизы могут выступать врачи-эксперты СМО, ТФОМС и иных независимых экспертных организаций.

Заключение учреждения, производившего медико-социальную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем.

3. Военно-врачебная экспертиза

Определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, устанавливает у военнослужащих и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой, определяет виды, объем и сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

Гражданам предоставляется право на производство независимой военно-врачебной экспертизы.

Заключение учреждения, производившего военно-врачебную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем.

4. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза проводится в медицинских учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, привлеченным для производства экспертизы, на основании постановления лица, производящего расследование, или определения суда.

Судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения.

Гражданин или его законный представитель имеют право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизы, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

5. Независимая экспертиза

Недостатком данной статьи является то, что в качестве независимых могут производиться только военно-врачебные экспертизы и патологоанатомические исследования.

Независимая экспертиза производится по заявлению граждан при их несогласии с вынесенным экспертным заключением, экспертом или группой экспертов (комиссией), не находящихся в служебной или иной зависимости от учреждения, производившего медицинскую экспертизу, а также от учреждений, заинтересованных в результатах экспертизы. Гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

Вопросам экспертизы качества медицинской помощи посвящены отдельные статьи Закона РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Согласно ст. 15 Закона, страховая медицинская организация обязана контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора. Таким образом, речь идет об осуществлении страховой медицинской организацией экспертной деятельности, которая и позволит осуществлять надлежащий контроль качества медицинской помощи.

Порядок контроля качества медицинской помощи является обязательным элементом договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС между страховой медицинской

организацией и лечебным учреждением (ст. 23). В том случае, если указанный договор не содержит элемента, являющегося обязательным для данного вида договоров, то он может быть признан недействительным.

Особое значение при производстве отдельных видов медицинских экспертиз (судебно-медицинской и судебно-психиатрической) имеют Гражданский процессуальный и Уголовно-процессуальный кодексы РФ.

Для разъяснения возникающих при рассмотрении дела вопросов, требующих специальных познаний в области науки, техники, искусства, ремесла, суд назначает эксперта. Медицинский эксперт может выступать в роли судебного эксперта, и тогда он при производстве экспертизы руководствуется нормами процессуальных кодексов.

В УПК РФ и ГПК РФ дано определение экспертизы независимо от ее вида. Экспертиза – это исследование экспертом(-ами) представленных судом объектов с целью извлечения сведений о фактах, имеющих значение для правильного разрешения дела.

Эксперт – лицо, обладающее специальными знаниями и привлекаемое судом к рассмотрению дела для специального исследования и дачи заключения.

Правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве определяет Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации".

Под *судебной экспертизой* понимается процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей и другими органами и лицами в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу.

Государственными судебно-экспертными учреждениями являются специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, созданные для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, других лиц и производства судебной экспертизы.

Организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться также экспертными подразделениями, созданными

федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов РФ. В случаях если им поручается производство судебной экспертизы, они осуществляют функции, исполняют обязанности, имеют права и несут ответственность как государственные судебно-экспертные учреждения.

Государственные судебно-экспертные учреждения производят судебную экспертизу в соответствии с профилем, определенным для них соответствующими органами исполнительной власти. *Государственным судебным экспертом* является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей. Руководитель государственного судебно-экспертного учреждения обязан по получении постановления или определения о назначении судебной экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, которые обладают специальными знаниями в объеме, требуемом для ответов на поставленные вопросы. В обязанности руководителя входит также обеспечение контроля за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, за полнотой и качеством проведенных исследований, без нарушая принципа независимости эксперта. При этом руководитель не вправе истребовать без постановления или определения о назначении судебной экспертизы объекты исследований и материалы дела, необходимые для производства судебной экспертизы, а также самостоятельно, без согласования с органом или лицом, назначившими экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в данном учреждении. Руководитель также обязан по поручению органа или лица, назначивших судебную экспертизу, предупредить эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, взять у него соответствующую подписку и направить ее вместе с заключением эксперта в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу.

Эксперт обязан:

принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган

или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт не вправе:

принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Эксперт вправе:

ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправомерного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством. В частности, эксперт не вправе принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения; сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших.

При этом эксперт вправе делать подлежащие занесению в протокол судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний, а также имеет права, предусмотренные процессуальным законодательством.

Основаниями производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении являются постановление следователя, определение суда.

Судебная экспертиза считается назначенной со дня вынесения соответствующего определения или постановления.

При производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации. Однако участники процесса не вправе вмешиваться в ход исследований, но могут давать объяснения и задавать вопросы эксперту, относящиеся к предмету судебной экспертизы.

На основании приведенных исследований с учетом их результатов эксперт от своего имени или комиссия экспертов дают письменное заключение и подписывают его. Подписи эксперта или комиссии экспертов удостоверяются печатью государственного судебно-экспертного учреждения.

Согласно статье 41 Закона в соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами.

Понятия "экспертиза" и "эксперт" имеют вполне определенное юридическое, правовое происхождение, связанное с особенностями судопроизводства. Специфика экспертной деятельности в области здравоохранения заключается в том, что она носит несудебный характер.

В самом общем виде **экспертиза** — это исследование экспертами объектов (явлений) с целью извлечения сведений, имеющих

значение для установления заключения (по поводу этого явления или объекта) и принятия какого-либо решения. В суде это решение по поводу судебного разбирательства, а для целей экспертизы качества медицинской помощи – решение, связанное с взаимоотношением субъектов по поводу обеспечения качества медицинской помощи. **Экспертная деятельность** – это специфический вид профессиональной деятельности, к которому обращается любой компетентный орган для того, чтобы на основе профессионального решения получить рекомендации, которые необходимы для принятия решения. Экспертная деятельность по отношению к качеству медицинской помощи может быть рассмотрена в аспекте собственно экспертной деятельности, т.е. проведения исследования с целью подготовки профессионального заключения о качестве медицинской помощи, а также в плане организации экспертизы, т.е. создания соответствующей службы для подбора экспертов, постановки задач, обобщения результатов и принятия на их базе определенных решений. **Эксперт** ("expertus" (лат.) – знающий) – лицо, обладающее специальными знаниями, которое привлекается заинтересованными органами для проведения экспертизы в целях получения квалифицированного заключения в какой-либо профессиональной области, в данном случае по поводу качества медицинской помощи. Знания, личный опыт и практические навыки в определенной области медицины, конечно, являются важными, но не единственными требованиями к эксперту медицинской помощи.

Специалист, оценивающий деятельность коллеги, должен обладать способностью: определения ошибок в обследовании, постановке диагноза, лечении и тактическом решении при оказании медицинской помощи больному; уметь обосновать свое мнение; дать мотивированные рекомендации по устранению выявленных нарушений.

Многообразие задач, стоящих перед врачами-экспертами при оценке качества медицинской помощи, определяет необходимость иметь в составе фондов ОМС, СМО штатных врачей-экспертов, проводящих организационную работу по экспертизе качества медицинской помощи и осуществляющих правовой и экономический анализ проведенных экспертиз. Кроме этого, при фондах ОМС и СМО регистрируются в установленном порядке внештатные врачи-эксперты, осуществляющие непосредственную экспертизу качества медицинской помощи.

Штатным врачом-экспертом может быть специалист с высшим медицинским образованием, имеющим стаж работы по вра-

чебной специальности не менее 5 лет, специализацию по социальной гигиене и организации здравоохранения, прошедший специальную подготовку по экспертизе качества медицинской помощи. Поскольку эксперт должен иметь навыки в организации экспертизы, в постановке целей и задач экспертизы, в формировании решений и принятии тех или иных административных, гражданско-правовых и других действий на основании этой экспертизы, его деятельность может считаться специальной профессиональной. Следовательно, штатные врачи-эксперты СМО, фондов ОМС и органов управления здравоохранения – это организаторы экспертизы. Они непосредственно экспертизу не проводят, но они должны иметь навыки в организации экспертизы. Содержание профессиональной деятельности определяет роль врача-эксперта в системе современного здравоохранения и его взаимодействие с различными субъектами системы. Проводя экспертизу качества медицинской помощи, врач-эксперт в первую очередь стоит на страже интересов потребителей медицинских услуг – пациентов. С другой стороны, важной задачей экспертов является защита производителей медицинских услуг от необоснованных претензий потребителей (пациентов). Контроль за правильным расходованием средств и выводы экспертов об эффективности использования имеющихся ресурсов определяют степень заинтересованности СМО, ФОМС и государственных структур, финансирующих здравоохранение, в максимальной объективности выводов экспертизы.

Итак, **экспертиза качества медицинской помощи** – это исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, выполняемое экспертом качества медицинской помощи, в задачи которого входят выявление нарушений, описание их реальных и возможных последствий; выяснение причин возникновения нарушений; обоснование заключения и составление рекомендаций по их устранению и предотвращению.

Правовое положение врача-эксперта.

1. Право на доступ к информации.

В этих рамках должны быть реализованы три аспекта: доступ ко всем документам, содержащим информацию о качестве медицинской помощи;

право натурального наблюдения за процессом оказания медицинской помощи в любых формах (т.е. обходы, консультации, консилиумы и т.д., в которых имеет право принимать участие эксперт);

право опроса лиц, заинтересованных в качестве медицинской помощи (врачей и др. медицинский персонал; пациентов и их родственников).

2. *Право формулирования заключения, т.е. эксперт вправе высказывать суждение об исследуемых им явлениях в той форме, в которой он считает нужным.*

Из этих двух групп прав эксперта вытекает два вида его специфической ответственности. Эксперт должен давать заключение от своего имени; отсюда он несет личную ответственность за содержание той информации, которую он представляет, и за качество своего заключения. В связи с этим может возникнуть либо:

гражданская ответственность, если его неверное заключение послужило причиной судебной ошибки или вменения иска по вине его действий;

уголовная ответственность в том случае, если суд докажет, что заключение эксперта было заведомо ложным, он сознательно шел на дачу этого ложного заключения.

Алгоритм экспертной работы складывается из нескольких этапов:

1. Составление экспертного договора или экспертной программы. На этом этапе в зависимости от того, кто является субъектом, заинтересованным в экспертизе, и какая ставится задача, формируется программа работы эксперта.

2. Формулирование экспертных задач. Организаторы экспертизы конкретизируют программу в форме постановки экспертных задач, определяя направления экспертизы.

3. Подбор экспертной группы, т.е. внештатных врачей-экспертов, которые будут непосредственно решать экспертные задачи. Экспертная группа формируется из нечетного числа экспертов, исходя из специфики поставленных на экспертизу задач.

4. Формирование экспертной выборки, т.е. определение фактов, объектов, явлений, которые станут основой для экспертных заключений. На базе экспертной выборки уже может формулироваться экспертное заключение, но, как правило, требуется еще два дополнительных этапа.

5. Привлечение дополнительной информации. Этот этап применяется как возможный, если в ходе рассмотрения информации экспертной выборки устанавливается, что нет возможности сделать конкретное заключение, так как недостаточно информации. К дополнительной информации могут быть отнесены результаты любых специальных исследований, нередко заказываемых самими экспертами.

6. Привлечение дополнительных экспертов, которые могли бы выполнить ту работу, которую не выполнила экспертная группа предыдущего состава. Отдельные исследователи называют этот

этап метаэкспертизой, т.е. повторной экспертизой. Метаэкспертами, как правило, являются специалисты более высокой квалификации (профессиональной и экспертной), чем лица, осуществляющие первичную экспертизу.

7. Формулирование экспертного заключения, подготовка предложений по принятию решений, исходя из поставленных перед экспертом задач.

Каждая территория вправе использовать свою форму экспертного заключения, однако существующие процессуальные стандарты указывают на необходимость следования определенной структуре. Оно должно состоять из трех частей: вводной, исследовательской и выводов (заключительной).

Врач-эксперт имеет право внести свои рекомендации по результатам проведенной экспертизы. В их числе могут быть:

обращение к администрации ЛПУ с предложением принять меры дисциплинарного характера к виновным;

обращение к администрации ЛПУ с рекомендациями о направлении на повышение квалификации тех или иных медицинских работников;

обращение к органам управления здравоохранения с предложением принять меры административного характера в отношении администрации ЛПУ;

обращение с ходатайством об отзыве или временном приостановлении действия лицензии на медицинскую деятельность;

рекомендации по частичному или полному отказу от оплаты за оказанные медицинские услуги; оказание медицинских услуг за счет средств ЛПУ;

рекомендации по взысканию штрафов и пеней в размерах, не превышающих стоимость оказанной медицинской услуги;

ходатайство о возбуждении иска по возмещению ущерба, причиненного жизни и (или) здоровью пациента по вине ЛПУ.

Проверки качества медицинской помощи могут быть плановыми и внеплановыми.

Осуществляются они как в отдельном подразделении, так и в учреждении в целом.

Плановые проверки проводят эксперты СМО, ТФОМС с периодичностью, предусмотренной по договору с ЛПУ по оказанию медицинских услуг по программе ОМС. Сроки плановых проверок заранее согласовываются с медицинским учреждением. О конкретной дате плановых проверок извещают не менее чем за **10 дней** до ее проведения.

Основания для внеплановых проверок могут быть следующими.

1) *нарушения в части предоставления застрахованным медицинских услуг гарантированного объема и качества, предусмотренных договором ОМС:*

а) необоснованный отказ от оказания медицинской помощи;
б) низкий уровень качества и дефекты в оказании медицинской помощи;

в) несоответствие предоставленного финансового счета объемам оказанных медицинских услуг;

г) необоснованное взимание или требование платы за лечение;

д) причинение вреда жизни и здоровью застрахованных при оказании медицинской помощи;

е) расхождения в диагнозах при направлении и при поступлении в ЛПУ;

ж) расхождение в заключениях клиническом и патологоанатомическом;

з) применение нещадящих (болевых) методов лечения, при возможности их исключения или использования иных щадящих методов;

и) случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

к) случаи заболевания с удлинненными или укороченными сроками больных более чем на 30% от нормативного;

л) повторная госпитализация в календарном году по поводу одного и того же заболевания;

2) *злоупотребления со стороны медицинских работников;*

3) *нарушение условий и режима лечения;*

4) *нарушение прав застрахованного в части его информированности о диагнозе, возможном риске, последствиях, результатах лечения и неразглашения сведений, составляющих врачебную тайну;*

5) *отсутствие, дефекты оформления, представление недостоверной медицинской, статистической и финансовой документации.*

Однозначно, что СМО превысит свои полномочия, если будет рассматривать каждый случай летального исхода. Случай летального исхода может быть рассмотрен лишь тогда, когда в страховую организацию поступил иск, что летальный случай возник по вине медицинского учреждения.

Случаи внутрибольничного инфицирования страховая организация рассматривает, если больной или его родственники подали иск с требованием возместить ущерб, который возник по причине внутрибольничного инфицирования. Это проблема опять же здравоохранения, к финансирующему органу отношения она не имеет. Случай первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей является проблемой также и социального страхования.

Понятие процесса в гражданском и уголовном праве.

Гражданское судопроизводство (гражданский процесс) – урегулированная гражданским процессуальным правом деятельность суда, участвующих в деле лиц и других участников процесса, а также органов исполнения судебных постановлений (судебных исполнителей).

Гражданский процесс представляет собой поступательное движение, состоящее из ряда стадий.

Стадия процесса – его определенная часть, объединенная совокупностью процессуальных действий, направленных на достижение самостоятельной (окончательной) цели.

Гражданский процесс делится на следующие стадии:

производство в суде первой инстанции (от возбуждения дела до вынесения решения или иного заключительного постановления);

производство в суде второй инстанции (обжалование и пересмотр решений и определений, не вступивших в законную силу);

производство по пересмотру решений, определений и постановлений в порядке надзора;

производство по пересмотру решений, определений и постановлений по вновь открывшимся обстоятельствам;

исполнительное производство.

Уголовный процесс – это регламентированная законом деятельность органов предварительного расследования, прокуратуры и суда по возбуждению, расследованию, судебному рассмотрению и разрешению уголовных дел, а также всех участвующих в ней лиц, которая осуществляется не иначе как в правовых отношениях и имеет своей задачей обеспечение реализации уголовного закона.

Уголовное судопроизводство обеспечивает реализацию уголовного закона как путем осуществления уголовного преследования, осуждения и наказания виновного за совершение уголовного преступления, так и путем отказа от уголовного преследования невиновных, освобождение лиц от уголовной ответственности и наказания, реабилитации каждого, кто необоснованно подвергся уголовному преследованию и был осужден.

Выделяют **досудебные и судебные** стадии уголовного процесса. Досудебные стадии включают:

возбуждение уголовного дела – первоначальная стадия процесса, в которой полномочные органы государства и должностные лица при наличии к тому повода (жалобы, заявления, явки)

устанавливают наличие или отсутствие оснований для производства по делу. Возбуждение уголовного дела – стадия, которую не может миновать ни одно уголовное дело;

предварительное расследование производится по возбужденному делу и заключается в осуществляемой под надзором прокурора деятельности органов дознания и предварительного следствия по собиранию, закреплению и исследованию доказательств для того, чтобы установить наличие или отсутствие события преступления, лиц, виновных в совершении преступления, характер и размер ущерба, причиненного преступлением, и иные обстоятельства, имеющие значение для дела.

Предварительное расследование – досудебное производство и его выводы по всем обстоятельствам дела носят для суда предварительный характер. Они являются версией обвинения, которую суд должен проверить в условиях непосредственного исследования судом доказательств.

Стадия предварительного расследования заканчивается либо прекращением уголовного дела, либо направлением его в суд, либо направлением дела в суд для рассмотрения вопроса о применении принудительных мер медицинского характера.

Судебные стадии включают:

производство в суде первой инстанции (от возбуждения дела до вынесения решения или иного заключительного постановления);

производство в суде второй инстанции (кассационное производство) – обжалование и пересмотр решений и определений, не вступивших в законную силу;

производство по пересмотру решений, определений и постановлений в порядке надзора;

производство по пересмотру решений, определений и постановлений по вновь открывшимся обстоятельствам;

исполнительное производство.

Участники процесса.

Органы государства, должностные лица, граждане, юридические лица, участвующие в процессе, как носители определенных прав и обязанностей, являются субъектами уголовного и гражданского процесса.

Роль, назначение и цели участия их в деле различны, что позволяет субъектов процесса разделить на группы.

В первую входят органы государства и должностные лица – суд (судья), прокурор, а в уголовном процессе – следователь,

начальник следственного отдела, орган дознания и лицо, производящее дознание, которые осуществляют производство по делу, занимают в нем ведущее положение и отвечают за его правильный ход и исход. Только они применяют нормы права, меры процессуального принуждения в отношении тех или иных лиц, выносят решения о возбуждении дела и разрешении дела по существу.

Вторую образуют лица, участвующие в деле, – гражданский истец, гражданский ответчик и их представители; подозреваемый, обвиняемый, их защитники, потерпевший – в уголовном процессе.

Эти лица отстаивают в деле охраняемый законом личный, защищаемый или представляемый интерес, связанный с исходом дела; наделены широкими процессуальными правами (с возложением соответствующих обязанностей), позволяющими активно участвовать в процессе и влиять на движение и исход дела; допускаются или привлекаются к участию в деле особым актом государственного органа (должностного лица).

Понятия субъектов процесса и лиц, участвующих в деле, соотносятся между собой как род и вид.

Третья группа объединяет лиц, которые вовлекаются в процесс для содействия органам государства (должностным лицам) в выполнении задач судопроизводства и гражданам в защите их прав. Это свидетель, специалист, эксперт, переводчик, понятые, секретарь судебного заседания.

В законе наряду с понятием "лица, участвующие в деле" используется широкое понятие "участники процесса". Ими охватываются все субъекты процесса, за исключением государственных органов и должностных лиц.

Понятие процессуальных доказательств, их виды.

Доказательства используются в суде для установления фактических обстоятельств дела. Суд не может разрешить ни одного дела, не установив его обстоятельств.

В любом случае суду для выяснения спорных правоотношений (гражданский процесс), для установления, имело ли место событие, по поводу которого было возбуждено уголовное дело, кто совершил преступные действия (бездействия), виновности обвиняемого, а также других обстоятельств, характеризующих происшедшее событие и личность обвиняемого (уголовный процесс), надо вначале установить, какие юридические факты совершались в действительности.

Суд может основывать свое решение только на фактах, которые были доказаны в процессе, т.е. были установлены в судебном заседании с помощью судебных доказательств.

Никакие сведения и сообщения о фактах, полученные вне процесса, не из доказательств, не могут быть использованы судом.

Процессуальный закон определяет, что именно может быть использовано в качестве доказательств в суде – это объяснения сторон и других лиц, показания свидетелей, заключения экспертов, письменные и вещественные доказательства.

Закон устанавливает не только перечень допускаемых в суде доказательств, но и определяет процессуальный порядок использования каждого из них. Определяется, например, кто может быть экспертом, как назначить экспертизу, какие права и обязанности имеет эксперт.

В гражданском процессе, как и в уголовном, сама деятельность по установлению фактических обстоятельств дела носит название судебного доказывания; обстоятельства, факты, которые суд должен установить, называют предметом доказывания; а средства, с помощью которых доказывание осуществляется, называют судебными доказательствами.

Таким образом, **судебные доказательства** – это предусмотренные и регламентированные законом процессуальные средства доказывания (объяснения сторон и третьих лиц, показания свидетелей, заключения экспертов, письменные и вещественные доказательства).

Предметом доказывания по гражданскому делу являются обстоятельства, факты, подтверждающие нарушения принадлежащего гражданину права. В нашем случае речь пойдет о доказывании факта и обстоятельств оказания некачественной услуги пациенту и (или) причинения вреда его жизни и здоровью. Доказыванию подлежат следующие четыре условия:

противоправность действия, причинившего вред пациенту; характер и размер причиненного вреда;

вина причинителя вреда;

причинная связь между противоправными действиями и причиненным вредом. Доказыванию в уголовном процессе подлежат следующие обстоятельства:

события преступления (время, место, способ);

виновность обвиняемого в совершении преступления и мотивы преступления; характер и размер ущерба, причиненного преступлением;

наличие причинной связи между совершенным деянием и наступившим преступным последствием.

Исследуемые судом доказательства должны отвечать требованиям относимости и допустимости.

Относимость доказательства заключается в том, что суд должен допускать и исследовать только относящиеся к делу доказательства.

Относящимися же являются доказательства, которые могут подтвердить или опровергнуть существование того или иного искомого факта. Суд принимает только те из представляемых доказательств, которые имеют значение для дела.

Допустимость доказательств обеспечивает достоверность средств доказывания. Доказательства, полученные с нарушением закона, признаются не имеющими юридической силы и не могут быть положены в основу выводов суда, в основу обвинения. Доказательство должно быть получено надлежащим субъектом, правомочным получать такое доказательство, доказательство должно быть получено из надлежащего источника и с соблюдением правил проведения процессуального действия. Главный смысл понятия "обязанность доказывания" состоит в ответе на вопрос, на ком лежит обязанность доказывания факта совершения правонарушения и виновности правонарушителя.

В уголовном процессе обязанность доказывания лежит на следователе (предварительное следствие), обвинителе (государственном, частном), прокуроре, суде. В уголовном процессе действует принцип презумпции невиновности "каждый обвиняемый в совершенном преступлении считается невиновным, пока его виновность не будет доказана в предусмотренном законом порядке и установлена вступившим в законную силу приговором суда". Обвиняемый не обязан доказывать свою невиновность. Неустранимые сомнения в виновности лица толкуются в пользу обвиняемого.

В гражданском процессе в соответствии с принципом состязательности обязанность доказывания возложена на стороны. Каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основании своих требований и возражений.

Истец, предъявляя иск, указывает факты, обосновывающие его исковые требования. Он обязан доказать эти факты. Если ответчик признает иск, то доказывать ничего не должен, если же он заявляет возражения против иска, т.е. приводит доводы, опирающиеся на определенные указанные им факты, то обязан их доказать.

Однако в ряде случаев от этого правила допускаются отступления, которые устанавливаются с помощью так называемых доказательственных презумпций (предположений).

Доказательственная презумпция – установленное законом предположение о том, что определенный факт существует, если доказаны некоторые другие, связанные с ним факты.

Доказательственная презумпция содержится, например, в ст. 1064 ГК РФ, устанавливающей общие основания ответственности за причинение вреда: "Причинивший вред освобождается от его возмещения, если докажет, что вред причинен не по его вине". На причинителя вреда возложена обязанность доказывания своей невиновности. До тех пор пока он этого не докажет, будет предполагаться, что он действовал виновно.

Таким образом, установлена презумпция вины причинителя вреда. В силу этой презумпции истец освобождается от обязанности доказывать вину ответчика, а на последнего переходит бремя доказывания отсутствия своей вины.

Заключение эксперта как вид доказательства в уголовном и гражданском процессах.

Нередко при рассмотрении гражданских и уголовных дел возникают вопросы, требующие специальных познаний в области науки, в частности медицинской. Для разрешения такого рода вопросов суд привлекает к участию в процессе лиц, сведущих в той или иной области знания, – экспертов. Эти лица на основе специальных познаний исследуют соответствующие обстоятельства дела или доказательства, в результате чего суду дают заключение. Заключение экспертов и является доказательством, так как содержит сведения об интересующих суд фактах.

Заключение эксперта – вывод, сделанный привлеченным к участию в процессе сведущим лицом, на основании исследования материалов дела по поставленным судом вопросам, требующим применения специальных познаний.

Экспертами называются лица, обладающие специальными познаниями и привлеченные судом к участию в процессе для дачи заключения по вопросам, требующим таких познаний. Экспертом может быть лишь гражданин, но не организация. Только люди могут обладать познаниями, необходимыми эксперту, и нести ответственность за дачу заведомо неправильного заключения. Не являются поэтому экспертами различные научные и специальные учреждения (институты), бюро экспертизы и т.п., которым может быть поручено проведение экспертизы.

Эксперт, в отличие от свидетеля, заменим, поскольку обладание тем или иным видом специальных знаний свойственно не одному лицу.

Экспертиза — само научно-практическое исследование, проводимое экспертами на основе специальных познаний. Экспертиза назначается в случаях, когда для установления обстоятельств, имеющих значение для дела, необходимы специальные познания.

Эксперт не вправе вдаваться в решение вопросов правового характера (например, имело ли место причинение смерти по неосторожности или невиновное причинение смерти), даже если они перед ним поставлены, а если он их все-таки решал, то его ответы не могут иметь какого-либо доказательственного значения. Эксперт вправе решать лишь вопросы специального характера, например, явилось ли необоснованно расширенное оперативное вмешательство причиной смерти пациента или нет, а вопрос имело ли место убийство или невиновное причинение смерти на основе выводов эксперта и совокупности других собранных по делу доказательств, решают органы расследования и суд.

Согласно УПК РФ (ст. 57) эксперт – лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном УПК РФ, для производства судебной экспертизы и дачи заключения. Вызов эксперта, назначение и производство судебной экспертизы осуществляются в порядке, установленном статьями 195 – 207, 269, 282 и 283 УПК РФ.

В соответствии с той же статьей эксперт вправе:

- 1) знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;
- 2) ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;
- 3) участвовать с разрешения дознавателя, следователя и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;
- 4) давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;
- 5) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;
- 6) отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения. Отказ от дачи заключения должен быть заявлен экспертом в письменном виде с изложением мотивов отказа.

Эксперт не вправе:

1) без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;

2) самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;

3) проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;

4) давать заведомо ложное заключение;

5) разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном статьей 161 УПК РФ;

6) уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя или в суд.

Назначение экспертизы оформляется постановлением следователя (уголовный процесс) или определением суда (уголовный, гражданский процесс).

В постановлении (определении) должны быть указаны основания назначения экспертизы, кому она поручается и материалы (объекты), предоставляемые в распоряжение эксперта. В постановлении (определении) должны быть четко сформулированы вопросы, требующие заключения эксперта. Чаще всего экспертиза проводится в специальных экспертных учреждениях (системы Минюста, МВД, Минздравсоцразвития), но она может быть поручена и любому другому сведущему лицу, не являющемуся работником такого учреждения.

Статья 195 УПК РФ регламентирует порядок назначения судебной экспертизы:

1) признав необходимым назначение судебной экспертизы, следователь выносит об этом постановление, а в случаях, предусмотренных пунктом 3 части второй статьи 29 УПК РФ, возбуждает перед судом ходатайство, в котором указываются:

основания назначения судебной экспертизы;

фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;

вопросы, поставленные перед экспертом;

материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта;

2) судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями;

3) следователь знакомит с постановлением о назначении судебной экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъясняет им права, предусмотренные статьей 198 УПК РФ. Об этом составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением;

4) судебная экспертиза в отношении потерпевшего, за исключением случаев, предусмотренных пунктами 2, 4 и 5 статьи 196 УПК РФ, а также в отношении свидетеля производится с их согласия или согласия их законных представителей, которые даются указанными лицами в письменном виде.

Вопрос о назначении экспертизы решается следователем или судом в каждом отдельном случае, исходя из конкретной ситуации по делу. Вместе с тем закон предусматривает ряд случаев, когда производство экспертизы не зависит от усмотрения следователя и суда, а является обязательным (ст. 196 УПК РФ).

Назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

причину смерти;

характер и степень вреда, причиненного здоровью;

психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

Форма экспертного заключения.

Эксперт дает свое заключение в **письменной форме**. Эксперт дает заключение от своего имени, по своему внутреннему убеждению и несет за него личную ответственность. Заключение дается экспертом на основе проведенного им исследования.

Заключение эксперта состоит из трех частей – вводной, исследовательской и выводов.

В вводной части указываются наименование экспертизы, приводятся сведения об эксперте (экспертах), перечисляются поступившие на экспертизу материалы.

В исследовательской части описывается процесс экспертного исследования, а также дается нужное истолкование установленных фактов.

Выводы представляют собой ответы на поставленные перед экспертом вопросы. Эксперт вправе по собственной инициативе сделать в заключении вывод по вопросам, которые перед ним не ставились, если они имеют, по его мнению, значение для дела.

Различают следующие виды заключений экспертов: категорическое (положительное или отрицательное); вероятное;

заключение о невозможности ответить на поставленный вопрос при представленных исходных данных; условное.

Под **условным** понимается такое заключение, в котором формулируются различные категорические выводы в зависимости от того, какие из фактических данных, положенных в обоснование выводов, будут доказаны в судебном заседании.

Вероятное заключение эксперта не может быть положено в основание решения суда. Но может быть использовано в качестве косвенного доказательства и наряду с другими фактическими данными являться положительным или отрицательным аргументом.

Заключение эксперта не имеет никаких преимуществ перед другими доказательствами и подлежит обязательной оценке следователем и судом. На каких бы точных научных данных ни был основан экспертный вывод, он не может считаться обязательным для следователя и суда.

Оценка заключения эксперта включает в себя прежде всего установление его допустимости как доказательства. Должен быть соблюден процессуальный порядок назначения и проведения экспертизы, т.е. должна быть проверена также компетентность эксперта и его незаинтересованность в исходе дела, правильность оформления заключения эксперта, наличие в нем всех необходимых реквизитов – иначе заключение теряет доказательственную силу.

Помимо обычной экспертизы существуют ее особые процессуальные виды: комиссионная, комплексная, дополнительная и повторная.

Комиссионная экспертиза – это экспертиза, проводимая несколькими экспертами одной специальности (или узкой специ-

альности). Обычно производство экспертизы поручается нескольким экспертам в случае ее особой сложности, трудоемкости или значимости по делу. Комиссионно проводятся все судебно-психиатрические экспертизы и некоторые виды судебно-медицинских экспертиз.

При производстве комиссионных экспертиз эксперты, члены комиссии до дачи заключения вправе совещаться между собой. Из числа членов комиссии руководителем экспертного учреждения назначается ответственный за проведение экспертизы (ведущий эксперт). Он выполняет различные организационные функции, но никакими преимуществами при решении вопросов по существу не пользуется.

Если члены комиссии придут к общему выводу, они составляют единое заключение. В случае разногласий эксперты, не согласные с другими мнениями, дают отдельное заключение.

Комплексная экспертиза – это экспертиза, в производстве которой участвуют несколько экспертов различных специальностей или узких специализаций (профилей).

Дополнительная экспертиза назначается в случае недостаточной ясности или полноты заключения, при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела. Неясность экспертного заключения может выразиться в нечеткости формулировок, их расплывчатости, неопределенности. Неполнота экспертного заключения имеет место, когда эксперт оставил без разрешения некоторые из поставленных перед ним вопросов, сузил их объем, исследовал не все представленные ему объекты.

Повторная экспертиза проводится в случае необоснованности заключения или возникновения сомнений в его правильности. Обоснованность заключения эксперта – это его аргументированность, убедительность. Необоснованным заключение эксперта может быть признано, если вызывает сомнения примененная экспертом методика, недостаточен объем проведенных экспертом исследований, выводы эксперта не вытекают из результатов исследований или противоречат им и т.п.

Основное отличие между дополнительной и повторной экспертизой состоит в том, что при дополнительной экспертизе решаются вопросы, которые ранее не были разрешены, а при повторной – заново исследуются (перепроверяются) уже разрешенные вопросы. Поэтому различен и процессуальный порядок этих видов экспертиз. Дополнительная экспертиза поручается тому же или

другому эксперту, а повторная – другому эксперту или другим экспертам.

Для разъяснения или дополнения заключения может быть проведен допрос эксперта. Основания его проведения – такие же, как и при назначении дополнительной экспертизы – неясность или неполнота заключения. Разграничения между ними проводятся по следующему признаку. Если для разъяснения или дополнения заключения необходимо проведение дополнительных исследований, назначается дополнительная экспертиза. Если эксперт может дать необходимые разъяснения без производства дополнительных исследований, проводится его допрос.

Участие эксперта в судебном процессе.

Назначение экспертизы в суде возможно по просьбе лиц, участвующих в деле, а также по инициативе суда.

Эксперт не может участвовать в рассмотрении гражданского дела, если:

- он находится или находился в служебной или иной зависимости от сторон или других участвующих в деле лиц;
- обнаружена его некомпетентность.

Эксперт не может участвовать в рассмотрении уголовного дела, если:

- он находится или находился в служебной или иной зависимости от сторон или других участвующих в деле лиц;
- обнаружена его некомпетентность;

- он участвовал в деле в качестве специалиста, за исключением случая участия врача – специалиста в области судебной медицины, в наружном осмотре трупа.

В случае неявки в судебное заседание экспертов суд выслушивает мнение лиц, участвующих в деле, и заключение прокурора о возможности рассмотрения дела в отсутствие не явившихся экспертов и выносит определение о продолжении судебного разбирательства или об отложении разбирательства дела.

Если вызванный эксперт не явился в судебное заседание по причинам, признанным судом неуважительными, он подвергается штрафу, а при неявке по вторичному вызову – принудительному приводу.

Эксперту возмещаются понесенные им в связи с явкой в суд расходы по проезду и найму помещений и выплачиваются суточные. Кроме того, эксперты получают вознаграждение за работу, выполненную ими по поручению суда, если она не входит в круг их служебных обязанностей.

Права и обязанности эксперта в процессе.

Эксперт участвует в исследовании обстоятельств дела, относящихся к предмету экспертизы. Он может задавать вопросы подсудимому, потерпевшему, свидетелям, гражданскому истцу и ответчику об обстоятельствах, имеющих значение для дачи заключения.

По выяснении всех обстоятельств, имеющих значение для дачи заключения, председательствующий предлагает подсудимому, потерпевшему, свидетелям, гражданскому истцу и ответчику и их представителям представить в письменном виде вопросы эксперту. Поставленные вопросы должны быть оглашены и по ним заслушано мнение участников процесса. Суд рассматривает эти вопросы, устраняет не относящиеся к делу, формулирует новые вопросы, после чего эксперт приступает к составлению заключения.

Заключение дается экспертом в письменном виде, оглашается им в судебном заседании и приобщается к делу вместе с вопросами. После оглашения экспертом заключения ему могут быть заданы вопросы для разъяснения или дополнения данного им заключения. Вопросы эксперту сначала задают судьи, затем обвинитель, потерпевший, гражданский истец, гражданский ответчик и их представители, защитник и подсудимый. Эксперт в ходе судебного разбирательства может изменить свое заключение, данное ранее в процессе предварительного расследования дела.

Уголовная ответственность врача-эксперта за дачу ложного заключения.

Согласно ст. 161 УПК РФ эксперт предупреждается следователем или дознавателем о недопустимости разглашения без соответствующего разрешения ставших им известными данных предварительного расследования, о чем у них берется подписка с предупреждением об ответственности в соответствии со статьей 310 УК РФ.

Данные предварительного расследования могут быть преданы гласности лишь с разрешения следователя, дознавателя и только в том объеме, в каком ими будет признано это допустимым, если разглашение не противоречит интересам предварительного расследования и не связано с нарушением прав и законных интересов участников уголовного судопроизводства. Разглашение данных о частной жизни участников уголовного судопроизводства без их согласия не допускается.

В соответствии со ст. 310 УК РФ, разглашение данных предварительного расследования лицом, предупрежденным в установленном законом порядке о недопустимости их разглашения, если оно совершено без согласия следователя или лица, производящего

дознание, – наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до трех месяцев.

Уголовная ответственность врача-эксперта за дачу заведомо ложного заключения предусмотрена ст. 307 УК РФ (заведомо ложные показание, заключение эксперта, специалиста или неправильный перевод).

По ч. 1 ст. 307 заведомо ложные показание свидетеля, потерпевшего либо заключение или показание эксперта, показание специалиста, а равно заведомо неправильный перевод в суде либо при производстве предварительного расследования – наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до трех месяцев.

Часть 2 указанной статьи предусматривает ответственность за те же деяния, соединенные с обвинением лица в совершении тяжкого или особо тяжкого преступления (предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до пяти лет).

Ложное заключение эксперта может состоять в неправильном изложении установленных во время экспертизы фактов, сокрытии их или сообщении несуществующих, а также в неверных объяснениях установленных экспертизой обстоятельств. Заключение эксперта является для него заведомо ложным. Это означает, что указанное лицо действует с прямым или косвенным умыслом, сознавая, что сообщают неправильные сведения суду, органам предварительного следствия или дознания и желая или по крайней мере допуская это. Мотивами таких действий могут быть стремление улучшить или, напротив, ухудшить положение обвиняемого, боязнь мести с его стороны, корысть, ложно понимаемые интересы борьбы с преступностью и др.

Ошибки, содержащиеся в заключении, если они не совершены умышленно, а допущены по небрежности или стали результатом добросовестного заблуждения, не влекут уголовной ответственности указанных лиц.

Эксперт освобождается от уголовной ответственности, если он добровольно в ходе дознания, предварительного следствия или судебного разбирательства до вынесения приговора или решения суда заявил о ложности данного им заключения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопов В.И. Медицинское право. Учебник и практикум для вузов. М.: Издательство Юрайт. – 2017. – 287с.
2. Исакова Ю.И., Пчельников М.В. Институциональные возможности развития гражданского контроля при решении проблем экологического благополучия территорий на местном уровне // Социально-гуманитарные знания. 2015. № 11. С. 8-15.
3. Исакова Ю.И., Родина В.А. Жесткое обращение проблемы толкования и доказывания, сборник научных статей 5-й Международной научной конференции: в 4-х томах.стр.343-346. Курск.: 2017г.
4. Кинцурашвили М.Д., Пчельников М.В. Проблемы сохранения экосистем и население региона // Экология и регион: Материалы международной научно- практической конференции: Сб. науч. статей. – Ростов н/Д, 1995.
5. Кузина С.И. Некоторые аспекты обеспечения национальной безопасности России, вестник Северо-Кавказского гуманитарного института №4 стр. 463-468, Ставрополь: 2012г.
6. Кузина С.И. Социальная ответственность современной политической элиты России, материалы III межвузовской научно-практической конференции научно-педагогических работников, аспирантов, практических работников, М.: 2017г.
7. Пащенко И.Ю. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе социальных прав человека и гражданина, материалы студенческого Всероссийского круглого стола. Сборник статей. стр. 121 – 126.Краснодар.:2017 г.
8. Постовалова Т.А. Доктринальные подходы к медицинскому праву как отрасли права // Российский ежегодник трудового права. 2013. № 8. С. 641 – 651.
9. Пчельников М.В. Особенности развития экологических прав человека на мировом, национальном и региональном (местном) уровне // Юристъ – Правоведъ. 2017. № 1 (80). С. 159 – 162.
10. Пчельников М.В. Современная экологическая политика в сфере охраны природы и обеспечения благоприятной окружающей среды // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки СКАГС. 2016. № 2. С. 70 – 74.
11. Сергеев Ю.Д. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право, Монография. М.:2006г.
12. Экологическое право учеб. пособие / Ю.И. Исакова, М.В. Пчельников. -Ростов п/Д: Издательский центр ДГТУ, 2015. – 152 с.