

ГЛАВА 7. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ

ЗДОРОВЬЯ

Согласно ст. 1 Основ законодательства об охране здоровья граждан **охрана здоровья граждан** – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство обеспечивает право граждан на 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. Право человека на охрану здоровья фактически включает в себя и право на получение надлежащей медицинской помощи, гарантированное ст. 41 Конституции РФ.

Новые экономические условия, изменения в законодательстве нашей страны, регламентирующие переход от патерналистской к партнерской модели взаимоотношений врач – пациент, требуют от гражданина принятия ответственности и адекватных решений, связанных с вопросами сохранения своего здоровья. Медицинским работникам, в свою очередь, необходимо восприятие пациента как равноправного участника лечебно-диагностического процесса. Для этого всем медицинским работникам

необходимы знания о правовых основах своей профессиональной деятельности и, прежде всего, о правах граждан в области охраны здоровья.

Важность знания законодательства в области здравоохранения определена ст. 54 Основ: **право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации** имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие дипломы и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности. Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Правам граждан в области охраны здоровья посвящен раздел IV Основ. В нем регламентируются: право граждан РФ на охрану здоровья (ст. 17 Основ); право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья (ст. 18 Основ); право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье (ст. 19 Основ); право граждан на медико-социальную помощь (ст. 20 Основ); охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности (ст. 21 Основ).

Раздел V Основ раскрывает **права отдельных групп населения в области охраны здоровья**:

- права семьи (ст. 22);
- права беременных женщин и матерей (ст. 23);
- права несовершеннолетних (ст. 24);
- права военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту (ст. 25);
- права лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде лишения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи (ст. 29).

Права пациентов

Пациент – это человек, обратившийся в лечебно-профилактическое учреждение, иную медицинскую организацию либо к частнопрактикующему врачу за диагностической, лечебной или профилактической медицинской помощью (медицинскими услугами) либо участвующий в качестве испытуемого при клинических испытаниях лекарственных средств. Иными словами, для приобретения статуса пациента у человека должны возникнуть определенные отношения (правоотношения) с медицинской организацией вне зависимости от ее организационно-правовой формы, или с медицинским работником, занимающимся индивидуальной предпринимательской деятельностью, основанием для которых является обращение за медицинской помощью (получением медицинских услуг) либо участие в клинических

испытаниях лекарственных средств, независимо от наличия либо отсутствия у него какого-либо заболевания.

Медицинские работники, независимо от своей медицинской специальности осуществляют реализацию прав граждан при оказании медико-социальной помощи. Перечень этих прав представлен в ст. 30 Основ «Права пациента». В ней говорится, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
2. выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
3. обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
4. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
5. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
6. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
7. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
8. отказ от медицинского вмешательства;
9. получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
10. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
11. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
12. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
13. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ЛПУ, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала

Уважение и гуманность по отношению к пациентам подразумевают под собой, в первую очередь, уважение пациента как личности, а также чувство сострадания. Бестактное и пренебрежительное отношение к пациенту может послужить поводом к требованию компенсации морального вреда.

Несмотря на внешнюю декларативность права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала в настоящее время ненадлежащая реализация этого права становится серьезной проблемой для системы здравоохранения. По нашим данным, нарушение принципов этики и деонтологии стало самой распространенной причиной подачи судебных исков по возмещению вреда, причиненного жизни (здоровью) пациента. Среди 71 судебного иска, поданного жителями Архангельской области к учреждениям здравоохранения в период с 1997 по 2007 гг., в 41,6% случаев поводом для обращения в суд явилось нарушение именно этого права.

На уровне досудебного разрешения конфликтов между пациентами и учреждениями здравоохранения этот повод также занимает лидирующее положение. Среди всех случаев обращений пациентов с жалобами на медицинскую помощь ненадлежащего качества в одно из муниципальных образований Архангельской области в 38,9% случаев, по мнению пациентов, и в 42,0% случаев, по заключению врачей-экспертов, причинами жалоб стали этические нарушения, допущенные медицинскими работниками.

Право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования

Право пациента на выбор врача и лечебного учреждения регламентировано как ст. 30 Основ законодательства об охране здоровья граждан, так и Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Существование права выбора в любой сфере услуг является наиболее эффективным стимулом для роста их качества. Наличие у потребителей возможности выбирать формирует конкуренцию производителей. Возможность выбирать приводит и к росту правовой грамотности людей, активно действующих в своих интересах, которые заключаются в том, чтобы получить максимальный результат при минимуме рисков и затрат.

Кроме того, право на выбор является мощным морально-этическим фактором, поскольку не «привязывает» пациента к одному и тому же врачу, с которым не достигнуты необходимые доверительные отношения, а также к одному и тому же медицинскому учреждению, не соответствующему ожиданиям пациента по качеству медицинского обслуживания.

Реализация права пациента на выбор врача может осуществляться в том случае, когда гражданин желает получать медицинскую помощь «не у своего» врача. Например, гражданин, проживающий по адресу, относящемуся к одному терапевтическому участку, желает лечиться у врача

терапевта, обслуживающего другой участок. В этом случае право пациента на выбор врача может быть реализовано при согласии врача, у которого хочет лечиться данный пациент. При этом условия отказа от лечения и наблюдения такого пациента, в отличие от обязанностей лечащего врача, законодательно не закреплены.

В отличие от права на выбор врача, право на выбор лечебного учреждения в настоящее время реализуется в основном при получении пациентом платных медицинских услуг или медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договорами добровольного медицинского страхования. Когда медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов или ОМС, по-прежнему действует территориальная система прикрепления населения. Она закреплена на федеральном (приказ Минздравсоцразвития РФ от 04 августа 2006 года № 584 "О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу") и региональных уровнях. Например, согласно

Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Архангельской области на 2010 год (далее – ПГГ) населению предоставляется возможность выбора врача (с учетом его согласия) и учреждения по личному заявлению гражданина в учреждение здравоохранения не чаще одного раза в год.

С введением системы родовых сертификатов у беременных женщин появилась реальная возможность осуществления своего права на выбор учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь во время беременности и родов. Вместе с тем, механизм реализации права на выбор медицинского учреждения пациентом для получения плановой или экстренной стационарной медицинской помощи до сих пор законодательно не регламентирован. Так, в ПГГ Архангельской области указано, что плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача общей практики в медицинские учреждения (организации) по месту закрепления или в специализированные учреждения здравоохранения (отделения) по медицинским показаниям в порядке, установленном органом управления здравоохранением. В экстренных случаях госпитализация осуществляется по направлению врача скорой медицинской помощи, лечащего врача поликлиники или врача общей практики в дежурный стационар (в соответствии с клиническими показаниями допускается госпитализация без направления).

Право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

Право на обследование, лечение и содержание в надлежащих санитарно-гигиенических условиях – это право пациента пребывать, обследоваться и лечиться в лечебно-профилактическом учреждении в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим стандартам, нормам и нормативам, разработанным и утвержденным в установленном порядке в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О

санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Указанное право

пациента реализуется посредством создания в лечебно-профилактическом учреждении условий, безопасных с позиции санитарных правил и норм, т.е. тех, при которых внешние факторы среды обитания не будут создавать угрозу жизни и здоровью человека.

Санитарно-гигиенические требования, при которых должно осуществляться обследование, лечение и содержание пациентов регламентированы, прежде всего, условиями получения лицензии на медицинскую деятельность. Для получения лицензии учреждение здравоохранения получает санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам выполняемых работ и предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность. Форма санитарно-эпидемиологического заключения утверждена приказом Минздрава России № 381 от 27 октября 2000г. и имеет номер 303-00-5у.

Право на проведение по просьбе пациента или его законного представителя консилиума и консультаций других специалистов

Право пациента на «второе мнение» регламентировано Амстердамской декларацией о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (1994 г.). Вместе с тем, механизм его реализации в законодательстве различных европейских стран существенно отличается. Так, в Германии лечащий врач по просьбе пациента обязан за счет средств обязательного медицинского страхования направить его к другому врачу для получения альтернативного мнения по поводу своего здоровья и предстоящей тактики лечения. Согласно российскому законодательству (ст. 30 Основ) пациент или его законный представитель имеет возможность инициировать проведение консилиума либо проведение консультаций других специалистов. Это право в значительной мере расширяет законные возможности человека на качественную диагностику и лечение. Следует заметить, что этому праву пациента корреспондируется обязанность лечащего врача и должностных лиц медицинского учреждения организовать проведение консилиума либо консультаций.

Определение объема медицинской помощи, включая консультации и проведение консилиумов, осуществляется лечащим врачом, а в отдельных случаях по согласованию с заведующим отделением, в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и стандартов ее оказания. Выделяют диагностические (определяют необходимые и достаточные виды диагностических мероприятий по конкретным нозологическим единицам с целью постановки диагноза и контроля за ходом лечения данного заболевания в лечебно-профилактическом учреждении определенного вида) и лечебно-технологические (определяют перечень необходимых мероприятий, методов лечения данной нозологической формы в различных условиях и в различные периоды болезни) стандарты оказания медицинской помощи (приказ Минздрава РФ от 16.10.92 г. №277 "О создании системы медицинских

стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации").

В настоящее время на федеральном уровне отсутствуют нормативно-правовые акты, закрепляющие экономические аспекты реализации данного права пациентов. Для устранения этих «белых правовых пятен» в некоторых субъектах РФ приняты законы, регламентирующие условия проведения консультации специалистов и консилиумов. Так, ст. 11 Закона Саратовской области от 14 апреля 1997 г. №21-ЗСО «О правах пациента» определяет, что в случае несогласия с заключением и рекомендациями проведенных консилиумов и консультаций пациент имеет право на проведение дополнительных консилиумов и консультаций с привлечением специалистов, в том числе из других медицинских учреждений. Приглашенные для проведения консилиума или консультации специалисты имеют право на ознакомление с данными проведенного обследования и лечения. Все расходы, связанные с привлечением специалистов с целью проведения дополнительных консилиумов и консультаций без соответствующих показаний, по инициативе пациента, оплачиваются за счет личных средств пациента.

Вместе с тем, медицинские работники должны понимать, что просьба пациента о консультации, регламентированной требованиями стандартов оказания медицинской помощи, следует выполнять за счет средств ПГГ. Например: пациент, находящийся на стационарном лечении по поводу гипертонической болезни, требует консультацию окулиста. Данное требование должно быть осуществлено за счет средств учреждения здравоохранения, так как консультация окулиста, в данном случае, предусмотрена стандартами диагностики и лечения гипертонической болезни.

Право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами

Одним из частных проявлений заболеваний и травм является сопровождение их болезненными ощущениями. Боль нередко доставляет пациенту массу неприятностей. Иллюстрируемое право пациента предусматривает обязанность медицинского персонала доступными способами и средствами облегчать боль.

В 2004 году проводилось специальное исследование "Боль в Европе". В процессе этого исследования было опрошено 46 394 человека. Результаты его были таковы: каждый пятый человек страдает от боли, 35% из них испытывают боль ежедневно, 40% не могут добиться облегчения боли, у 21% из-за хронического болевого синдрома развилась депрессия, 19% из-за постоянных болей потеряли работу, а 16% вообще мечтают о смерти. В Российской Федерации сведений о проведении подобных исследований в доступной нам литературе не опубликовано, но можно предположить, что их результаты были бы, по меньшей мере, сопоставимы.

Согласно резолюции Международного симпозиума «Этика медицинского вовлечения в мучения» (Великобритания, 1993) мучение – это преднамеренное вызывание боли или другого тяжелого расстройства с тягостными ощущениями больного, даже выполняющегося с его согласия.

Для практикующего врача важно понимать, что право пациента на облегчение боли закреплено законодательно и за его нарушение может наступить юридическая ответственность. Например, Протоколом ведения пациентов с кариесом зубов (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 17 октября 2006 г.) предусмотрено проведение перед препарированием анестезии (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям. В данном случае, показанием может служить просьба пациента о проведении обезболивания из-за плохой переносимости боли. Выбор препарата для анестезии также определяется требованиями стандартов (перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местными анестетиками: лидокаин, артикаин, мепивакаин и др.). Таким образом, если пациент подает жалобу в надзорные инстанции о нарушении его права на облегчении боли, а в медицинской документации нет подтверждения применения анестетиков, то данное нарушение стандартов лечения может быть основанием для наступления юридической ответственности.

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

Право пациента на соблюдение врачебной тайны регламентировано статьей 61 Основ: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений».

Таким образом, врачебная тайна – это не только сведения о диагнозе пациента, но и информация о самом факте обращения за медицинской помощью. Именно это часто не учитывают медицинские работники и, без согласия пациента, информация об обращении за медицинской помощью становится доступной третьим лицам (фамилия пациента появляется в общедоступных списках поступивших больных на справочном бюро, о нахождении в отделении сообщается по телефону и т.д.).

Согласно Методическим рекомендациям Федерального Фонда ОМС (утв. 27.10.1999 г.) «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него» **конфиденциальность медицинской информации** – это доверительность и секретность информации, сообщаемой пациентом медицинскому работнику при обращении и получении медицинской помощи.

В медицинских учреждениях должен быть организован контроль за соблюдением конфиденциальности информации, составляющей врачебную тайну. При обращении граждан за медицинской помощью и ее получении в лечебно-профилактических учреждениях информация о том, кому могут предоставляться сведения о факте обращения за медицинской помощью, в том числе о пребывании пациента в медицинском учреждении в настоящее время, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, должна со слов пациента заноситься в его медицинскую документацию и им подписываться. Соответственно, в отношении амбулаторного пациента эта информация должна быть отражена в медицинской карте амбулаторного больного, а в отношении пациента в стационаре - в медицинской карте стационарного больного. Аналогичная информация должна заноситься в соответствующие медицинские карты пациентов, не достигших возраста 15 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, и быть подписана их законными представителями. В последующем, в соответствии с Основами, лечащий (или дежурный) врач, другие должностные лица лечебно-профилактического учреждения, сотрудники справочного бюро и других подразделений медицинского учреждения должны учитывать данную информацию при общении с третьими лицами, а также при ответах на письменные и устные обращения юридических и физических лиц по вопросам, касающимся данного пациента.

Согласно ч. 2 ст. 61 Основ, не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, специально установленных законом. То есть, не смотря на то, что этот вид тайны в законе получил определение «врачебная», на самом деле ее соблюдение вменено в обязанности не только врачам, но и всему медицинскому и немедицинскому персоналу учреждения здравоохранения, имеющему в процессе исполнения своих трудовых обязанностей доступ к информации, составляющей врачебную тайну.

В целях обеспечения права граждан на конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну, территориальные фонды обязательного медицинского страхования организуют свою работу в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 25.03.98 N30 "О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну". Подобная работа должна проводиться и в страховых медицинских организациях, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования.

В территориальных фондах ОМС и страховых медицинских организациях определяется круг лиц из числа работников и внештатных врачей-экспертов, которые в силу своих служебных и профессиональных обязанностей имеют доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну. Данные лица включаются в списки, которые утверждаются соответствующим приказом руководителя территориального фонда ОМС или страховой

медицинской организации. Работникам территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций, включенным в упомянутые списки, а также внештатным медицинским экспертам, пользующимся медицинской документацией и другими материалами, содержащими сведения, составляющие врачебную тайну, в силу своих профессиональных обязанностей, выдается специальный вкладыш к служебному удостоверению, дающий право на допуск к данной документации. Работников территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, а также внештатных врачей-экспертов, включенных в списки лиц, имеющих право на доступ к информации, составляющей врачебную тайну, знакомят с данными приказами и мерами ответственности за ее разглашение, изложенными в статье 61 Основ, под роспись.

В российском законодательстве регламентированы условия, при которых возможна передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам. При этом законодатель разграничил данные условия в зависимости от наличия или отсутствия согласия пациента. Так, с согласия гражданина или его законного представителя (ч. 3. ст. 61 Основ), допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе 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.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается (ч. 4. 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, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, до 15 лет (для страдающих наркоманией - до 16 лет), 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 Постановлением Правительства РФ от 25.02.2003 г. № 123.

Лица, которым в соответствии с законом были переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут за ее разглашение дисциплинарную, гражданскую либо уголовную ответственность так же, как и медицинские работники. Уголовная ответственность за нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения, предусмотрена статьей 137 УК РФ.

Право на информацию о состоянии здоровья

В ч. 1 ст. 31 Основ говорится: «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».

Таким образом, в указанной норме законодатель определяет объем понятия «информация о состоянии здоровья». Когда мы говорим о реализации права пациента на добровольное информированное согласие, то значение понятия «добровольное», т.е. совершаемое по собственному желанию, не принудительное, не вызывает двойного толкования. Термин «информированное» трактуется медицинскими работниками по собственному усмотрению. Вместе с тем, именно ст. 31 Основ определяет объем информации, который медицинские работники должны дать пациенту для получения его согласия на медицинское вмешательство.

О.Ю. Александрова и соавт. (2008 г.) предлагают всю информацию, предоставляемую пациенту перед получением его добровольного согласия на медицинское вмешательство, условно разделять на три основных блока:

1. Информация о состоянии здоровья больного: его заболевании, результатах обследования, прогнозе заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия. В данном разделе должно быть отражено все, что может произойти со здоровьем в процессе, результате и вследствие прогрессирования патологии без медицинского вмешательства.

2. Информация о медицинском вмешательстве: методах лечения, связанном с лечением риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные последствия. В данном разделе необходимо отразить все, что может произойти со здоровьем в процессе, результате и вследствие оказания медицинской помощи

3. Информация о правах и обязанностях пациента. Информация о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство.

Субъектом получения этой информации согласно ч. 2 ст. 31 Основ является дееспособный пациент старше 15 лет (больные наркоманией – старше 16 лет). Информация о состоянии здоровья недееспособных пациентов и лиц, не достигших соответствующего возраста, передается их законным представителям. Законными представителями несовершеннолетнего или недееспособного гражданина являются: родители, усыновители, опекуны, попечители, а также должностные лица организаций, выполняющих функции опеки или попечительства. При этом медицинские работники должны в равной мере реализовывать право обоих родителей на получении информации о своем ребенке младше 15 лет. Мать ребенка не имеет права запретить передавать какую-либо информацию отцу и наоборот

(за исключением случая, когда родитель лишен родительских прав). Опека, согласно ст. 32 ГК РФ, устанавливается над малолетними (младше 14 лет) и недееспособными (признанными таковыми судом вследствие психического заболевания) лицами. Попечительство, согласно ст. 33 ГК РФ, устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет и лицами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами. Опекуны или попечители назначаются органами опеки и попечительства. К организациям, выполняющим функции опеки и попечительства относятся (ч. 4 ст. 35 ГК РФ): медицинские и образовательные учреждения; организации, оказывающие социальные услуги или иные организации, в том числе для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Субъектами предоставления информации являются: лечащий врач, заведующий отделением и другие специалисты, принимающие непосредственное участие в наблюдении и лечении пациента.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против 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. Данные положения ч. 3 ст. 31 Основ полностью изменили существовавшие в СССР установки в отношении неинформирования пациента о неблагоприятном прогнозе заболевания. Согласно действующему законодательству медицинский работник не только может, но и должен информировать пациента о состоянии его здоровья при неблагоприятном исходе заболевания. При этом лишь сам пациент принимает решение о круге лиц, которым может быть в дальнейшем передана эта информация.

Согласно ч. 4 ст. 31 Основ гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. То есть, пациент имеет право обратиться с просьбой к своему лечащему врачу об ознакомлении со своей историей болезни, амбулаторной картой, протоколами специальных методов исследования и т.д. Вместе с тем, врач, находясь в трудовых отношениях с работодателем, обязан обеспечить сохранность этой первичной медицинской документации. Обеспечение данных требований можно осуществить лишь в условиях личного присутствия лечащего врача при ознакомлении пациентом или его консультантом с медицинской документацией.

По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. В данном контексте интересами третьей стороны могут считаться фамилии или какие-либо еще данные о других лицах, упоминаемые в медицинской документации пациента. Бремя расходов по изготовлению копий медицинских документов (в т.ч. выписки из истории болезни или амбулаторной карты), осуществляемых по требованию

гражданина может быть возложено на него самого лишь в случае отсутствия медицинских показаний для консультаций или других мероприятий, требующих наличия сведений о состоянии здоровья пациента. При этом данные возмездные услуги должны оказываться медицинским учреждением в соответствии с требованиями федеральных, региональных, муниципальных и учрежденческих нормативно-правовых актов, регламентирующих правила предоставления платных медицинских услуг.

Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Требование о согласии пациента на медицинское вмешательство было сформулировано в XVIII столетии в Англии. В американской юриспруденции медицинское вмешательство без согласия пациента обозначалось термином "battery" - "запрещенное воздействие". Само же понятие отражено в известной цитате из решения судьи Cardozo, вынесенного в 1914г. в Нью-Йорке: "Каждый взрослый человек, находящийся в здравом уме, имеет право определять, что должно быть сделано с его собственным телом; хирург же, оперирующий без согласия пациента, совершает преступление".

Согласно ст. 32 Основ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Оно базируется на принципе автономии воли пациента, который сам должен дать согласие на лечение (медицинское вмешательство). При этом согласие должно быть:

- действительным, то есть дано пациентом, достигшим возраста 15 лет (а больным наркоманией – достигшим 16 лет), дееспособным либо законными представителями недееспособных и не достигших установленного возраста лиц;
- добровольным, то есть полученным без какого-либо принуждения;
- информированным, то есть полученным после предоставления всей необходимой информации о состоянии здоровья пациента, результатах обследования, прогнозе, методах лечения, возможных рисках и т.п. в доступной для пациента форме, без применения обмана;
- предварительным, то есть полученным до медицинского вмешательства;
- непротивоправным, то есть без нарушения закона, а также прав третьих лиц;
- получено в надлежащей форме.

Основы не содержат требования обязательной письменной формы добровольного информированного согласия, за исключением случаев проведения биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта человека (ст. 43 Основ).

Вместе с тем, согласно Методическим рекомендациям «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях,

информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него», утвержденным Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 года, **получение пациентом либо его законным представителем информации о состоянии здоровья и согласие на медицинское вмешательство оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его законным представителем и лечащим врачом.** При этом порядок оформления и форма согласия и отказа пациента от медицинского вмешательства (до установления законодательно) может определяться руководителем учреждения здравоохранения или территориальным органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Учитывая большой объем информации, который должен сообщить пациенту медицинский работник и нередко возникающую необходимость документального подтверждения факта получения согласия пациента (в случаях конфликтных ситуаций) многие медицинские организации разрабатывают примерные формы добровольного информированного согласия при различных медицинских вмешательствах. Так, приказом ФМБА от 30 марта 2007г. № 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство" для использования в федеральных государственных учреждениях здравоохранения и клиниках научно-исследовательских институтов, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству утверждены формы добровольного информированного согласия, в.т.ч. на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, оперативное лечение и переливание крови. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2007 г. № 335 утвердил рекомендуемый образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель.

Обязанность предоставления информации закреплена в Гражданском кодексе Российской Федерации, законе "О защите прав потребителей". Недостоверность или недостаточность информации о медицинской услуге является условием объективного вменения вины медицинским работникам при причинении вреда жизни и здоровью пациента при медицинском вмешательстве.

Несмотря на то, что медицинские работники обязаны информировать пациента о всевозможных рисках и осложнениях медицинского вмешательства, это не снимает с них ответственности за непредотвращение этих рисков и осложнений, в случаях, когда медицинские работники должны и могли их предотвратить. Информированное добровольное согласие всегда должно содержать фразу: "Я (пациент) информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения" (Александрова О.Ю. и соавт., 2008).

Необходимо помнить, что как бы ни был информирован и осведомлен пациент по поводу возможных осложнений медицинского вмешательства, ответственность за его последствия в виде причиненного вреда жизни и

здоровью пациента всегда несет врач и никогда - пациент, несмотря на данное им согласие.

Таким образом, медицинское вмешательство невозможно без информированного согласия пациента на его проведение. Вместе с тем, достаточно часто медицинские работники сталкиваются с ситуациями, когда из-за тяжести состояния или по другим причинам пациент не может выразить свою волю. При этом законодательная регламентация алгоритма их действий в этих случаях имеет свои особенности в различных странах. Так, ст. 1901 Гражданского Уложения Германии обязывает медицинских работников в случае необходимости оказания неотложной медицинской помощи гражданину, не способному выразить свою волю, и при отсутствии его письменных указаний, учитывать мнение лица, которому гражданин передал свои распоряжения относительно медицинского вмешательства или отказа от него. При этом медицинские работники обязаны учитывать мнение уполномоченного лица об этических, религиозных убеждениях и личностных ценностях пациента в отношении своей жизни и здоровья. Лечащий врач в Германии обязан информировать лицо, уполномоченное гражданином, о необходимости оказания медицинской помощи, ее риске и прогнозе в отношении здоровья пациента, и ими (уполномоченным лицом и лечащим врачом) принимается совместное решение о необходимости медицинского вмешательства или отказа от него. При принятии данного решения уполномоченное лицо и лечащий врач принимают во внимание мнение близких родственников и других доверенных лиц, за которыми законодательно закреплена возможность высказать свое мнение, если получение этих сведений не приведет к задержке в оказании медицинской помощи лицу, не способному выразить свою волю. В тех случаях, когда лицо, представляющее интересы пациента, и лечащий врач не пришли к единому мнению, необходимость медицинского вмешательства или отказа от него в интересах пациента определяется судебным решением.

В законодательстве РФ используется совсем иной подход (ст. 32 Основ): в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, анализируя законодательство Российской Федерации и Германии в отношении обеспечения прав пациентов, не способных выразить свою волю, можно сделать вывод о существенных различиях в механизмах реализации данного права. Так, российское законодательство гораздо в большей мере использует патерналистский подход к взаимоотношениям врача и пациента, оставшийся в наследство от советского здравоохранения. Тогда как в Германии активно используется принцип партнерских взаимоотношений в диаде врач-пациент.

Факт отсутствия информированного добровольного согласия даже при правильном диагнозе и лечении говорит о несоблюдении прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи, характеризуется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей (противоправное поведение) и является одним из условий наступления гражданско-правовой ответственности.

Схематично данную позицию можно представить следующим образом (Александрова О.Ю. и соавт., 2008).

Неправильное лечение + отсутствие информированного добровольного согласия = ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Неправильное лечение + наличие информированного добровольного согласия = ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Правильное лечение + отсутствие информированного добровольного согласия = ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Правильное лечение + наличие информированного добровольного согласия = надлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачом.

Таким образом, информированное добровольное согласие является обязательным, но недостаточным условием освобождения от гражданско-правовой ответственности. Оно играет свою роль при освобождении от ответственности лишь при правильном диагнозе и лечении.

Право на отказ от медицинского вмешательства

В российском законодательстве не предусмотрено право пациента на эвтаназию, но в отличие от советского периода регламентировано право на отказ от медицинского вмешательства. Согласно ст. 33 Основ гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ст. 34 Основ.

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.

Самой распространенной ошибкой в оформлении отказа от медицинского вмешательства является отсутствие указания на возможные последствия. Запись «о возможных последствиях предупрежден» не является достаточной, необходимо указать возможные последствия. Пример отказа от медицинского вмешательства приведен в Приложении.

В соответствии с Методическими рекомендациями «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и

отказ от него», утвержденными Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 года, при отказе пациента поставить свою подпись, удостоверяющую информированность его о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства, запись об отказе пациента от медицинского вмешательства подписывается заведующим отделением и лечащим врачом.

Согласно ст. 34 Основ оказания 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, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это система отношений по защите имущественных интересов физических лиц при наступлении событий (страховых случаев), предусмотренных договором добровольного страхования, за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых юридическими и физическими лицами страховых взносов.

Добровольное медицинское страхование является формой организации страхования на случай потери здоровья, предоставляющей гражданам возможность полной или частичной компенсации расходов на медицинское обслуживание и потерю трудового дохода во время болезни, в дополнение к системе государственного здравоохранения или/и обязательного медицинского страхования. ДМС является дополнительной программой к установленному государством объёму бесплатной медицинской помощи. ДМС действует для лиц, указанных страхователями в качестве выгодополучателей. ДМС осуществляется за счёт личных взносов граждан, взносов работодателей.

Программа добровольного медицинского страхования – это перечень медицинских услуг в рамках договора страхования, которые будут оплачены страховщиком с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм по каждому виду помощи, а также медицинских учреждений, где застрахованный может получить помощь.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договоров, заключенных между страховщиком и страхователем (договоры добровольного страхования медицинских расходов), а также страховщиком и медицинской организацией (договор на лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги)).

ДМС как и ОМС преследует ту же социальную цель - предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового

финансирования. ДМС является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

Участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая. По общемировым стандартам ДМС покрывает две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием:

- затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу;
- потерю трудового дохода, вызванного невозможностью осуществления профессиональной деятельности, как во время заболевания, так и после него при наступлении инвалидности.

При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности к труду. Таким образом, страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и защищает состояние застрахованного от внезапно возникающих расходов.

Социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения; осуществление тех видов лечения, осуществление которых производится сверх государственных гарантий их бесплатного получения.

Предметом ДМС является оказание физическим лицам медицинской помощи, осуществляемой на основе договоров, заключенных между страховщиком и страхователем, а также страховщиком и медицинской организацией и предусмотренной программами ДМС.

В качестве **объекта** ДМС обычно указывается риск возникновения затрат на медицинское обслуживание застрахованного.

Под **страховым случаем** в ДМС понимают обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью, предусмотренной программой ДМС. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезает необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным.

В Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» основная цель медицинского страхования сформулирована следующим образом:

гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Также целью ДМС является расширение возможностей физических лиц в получении медицинской помощи по сравнению с объемом и технологическим уровнем такой помощи, предоставляемой в пределах бюджетного финансирования или за счет средств ОМС.

Основные виды ДМС. Виды ДМС различают в зависимости от последствий наступления болезни как экономического, так и медико-реабилитационного характера; объема страхового покрытия; типа страхового тарифа; степени дополнения системы ОМС.

По **экономическим последствиям для человека** выделяют два вида страхования:

- страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья;
- страхование потерь дохода, связанных с наступлением заболевания.

По **медико-реабилитационным последствиям** виды страхования различают в зависимости от типа и методов необходимого лечения. Набор гарантий расширяется или сужается каждой отдельной страховой компанией в зависимости от действующих в ней программ ДМС. Поэтому принято выделять основные виды медицинского страхования и дополнительные виды (опционы).

К первым относят страхование расходов на амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание. Эти гарантии компенсируют затраты на основное лечение, необходимое по жизненным показаниям.

Ко вторым относят виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь (стоматологическую, родовспоможение, протезирование и некоторые другие).

В зависимости от **объема страхового покрытия** различают:

- полное страхование медицинских расходов – предоставляет гарантию покрытия расходов как на амбулаторное, так и стационарное лечение;
- частичное страхование медицинских расходов – покрывает затраты либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное, либо на специализированное лечение (лечение стоматологических заболеваний, санаторно-курортное лечение, родовспоможение и т.п.) по выбору страхователя;
- страхование расходов только по одному риску.

Страховое покрытие по ДМС определяется:

- твердо установленной страховой суммой, в пределах которой оплачивается годовой объем конкретных медицинских расходов застрахованного;
- перечнем страховых случаев, при которых гарантируется полная оплата лечения;

- перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду.

Если **Правила ДМС** содержат основные экономико-правовые аспекты предлагаемого страховщиком медицинского страхования, то **программы ДМС** содержат:

- перечень медицинских услуг, входящих в страховое покрытие;
- шкалу страховых сумм, в пределах которых может заключаться договор страхования;
- лимиты ответственности страховщика по отдельным видам медицинских услуг;
- опционы с указанием размеров дополнительного страхового взноса;
- шкалу страховых премий, соответствующих шкале предлагаемых страховых сумм;
- перечень медицинских учреждений, обслуживающих данную программу;
- период страхования.

Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью гражданина при оказании медицинской помощи

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. При этом, в соответствии со ст. 1068 ГК РФ, вред, причиненный работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, возмещается работодателем (юридическим лицом либо гражданином).

В свою очередь, учреждение здравоохранения, которое понесло ответственность вследствие неправомерных действий своего работника, имеет право в рамках трудового законодательства предъявить к нему регрессные требования (гл. 39 Трудового Кодекса РФ). Согласно ст. 238 Трудового Кодекса (ТК РФ) работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Под **реальным ущербом** понимается фактическое уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества либо на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

Статья 241 ТК РФ определяет пределы материальной ответственности работника: за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка. Порядок взыскания ущерба определен ст. 248 ТК РФ: взыскание с виновного работника суммы причиненного ущерба, не превышающей среднего месячного заработка, производится по распоряжению работодателя. Распоряжение может быть сделано не позднее одного месяца со дня

окончательного установления работодателем размера причиненного работником ущерба. Если месячный срок истек или работник не согласен добровольно возместить причиненный работодателю ущерб, а сумма причиненного ущерба, подлежащая взысканию с работника, превышает его средний месячный заработок, то взыскание может осуществляться только в судебном порядке.

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника только в случаях, прямо предусмотренных федеральным законом (ст. 243 ТК РФ). Это происходит при:

- умышленном причинении ущерба;
- причинении ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- причинении ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;
- разглашении сведений, составляющих охраняемую законом тайну (служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами и т.д.

Примером реализации судебного способа защиты права гражданина на возмещение ущерба при причинении вреда его здоровью служит следующее судебное решение:

Истица С. обратилась в суд с иском о возмещении стоимости восстановительного лечения и компенсации морального вреда в связи с причинением легкого вреда здоровью по неосторожности. В судебном заседании было установлено, что больная С. обратилась за медицинской помощью в учреждение здравоохранения N. для удаления больного молочного зуба. Однако после обезболивания хирург-стоматолог вместо больного зуба удалил по неосторожности соседний здоровый зуб. Через две недели пациентке был поставлен временный пластинчатый протез, который пообещали позже заменить на протез из металлокерамики. Впоследствии от установки металлокерамического протеза ответчик отказался из-за неправильного прикуса истицы, предложив установить металлический протез. Данный вариант истицу не устроил. Она считала необходимым устранить возникший дефект путем вживления имплантата на место удаленного зуба. Представитель ответчика, не оспаривая факта ошибочного удаления зуба работником ЛПУ, полагал предъявленные к взысканию суммы завышенными и предлагал своими силами устранить дефект.

Право выбора способа лечения и устранения возникшего дефекта согласно ст. 29 ФЗ «О защите прав потребителей» принадлежит истице. Таким образом, суд решил: иск С. удовлетворить. Взыскать с учреждения здравоохранения N. в возмещение стоимость восстановительного лечения 36 050 руб. и компенсацию морального вреда 4000 руб.

В качестве примера нарушения сроков предоставления платной медицинской услуги на основании договора возмездного оказания услуг можно привести следующее судебное решение (2000 г.):

Истица Г. обратилась в суд, требуя взыскать с ответчика часть стоимости услуги в размере 349 руб. 95 коп. и компенсацию морального вреда в размере 20000 руб. В обоснование требований указала, что в период с 05.03.98 г. по 29.06.98 г. ответчик оказывал ей услугу по протезированию зубов. Истица уплатила за выполнение работ 6985 руб. 90 коп. По вине ответчика срок выполнения работ по протезированию был значительно нарушен, т.к. у него отсутствовал в необходимом количестве металл для протезирования, техник находился в отпуске. В связи с нарушением сроков выполнения

работ истица испытывала физические и нравственные страдания, т.к. коронки с зубов были сняты, зубы обточены. Протезирование было окончено 29.06.98 г., спустя 87 дней с момента обращения.

Считая свои права потребителя нарушенными, истица обратилась в суд с вышеназванным иском.

В судебном заседании представитель истицы Г., действуя в пределах предоставленных ему по доверенности полномочий, уменьшил размер иска в части взыскания стоимости услуги до 3000 рублей, в части компенсации морального вреда – до 5000 рублей. На удовлетворении требований настаивал. Представитель ответчика иск не признал. Считает, что нормально необходимые сроки оказания услуги истице ответчиком не нарушены. Подтвердил, что в указанное истицей время у ответчика отсутствовал в необходимом количестве металл для протезирования зубов, однако это не повлияло на сроки оказания услуги, т.к. после поступления металла протезирование было выполнено в кратчайшие сроки. При рассмотрении дела стороны пришли к выводу о необходимости разрешения спора путём заключения мирового соглашения. Оценив условия мирового соглашения, суд пришёл к выводу о том, что они не противоречат закону, не нарушают права и охраняемые законом интересы других лиц, поэтому мировое соглашение должно быть утверждено судом. Условия ст.ст. 165, 219, 220 ГПК РСФСР суд сторонам разъяснил.

Учитывая изложенное, руководствуясь ст.ст. 165 ч. 4, 219 п. 5, 223, 224 ГПК РСФСР, суд определил: утвердить мировое соглашение, заключённое между сторонами на следующих условиях: учреждение здравоохранения Н. обязуется выплатить Г. одну тысячу рублей по исполнительному листу, выданному судом, а Г. в лице представителя согласна с предложенными условиями и прекращением производства по делу на основании п. 5 ст. 219 ГПК РСФСР.

Вопросы для повторения и обсуждения

1. Перечислите основные права граждан в области охраны здоровья.
2. Назовите права пациентов, регламентированные Основами законодательства об охране здоровья граждан.
3. Дайте характеристику права на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.
4. Назовите особенности реализации права на выбор врача и медицинского учреждения.
5. Раскройте право пациента на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
6. Охарактеризуйте право пациента на проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов.
7. Дайте характеристику праву пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
8. Раскройте право пациента на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении

9. Разъясните право пациента на информацию о состоянии здоровья.
10. Охарактеризуйте право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
11. Дайте характеристику права пациента на отказ от медицинского вмешательства.
12. Раскройте право пациента на получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования
13. Охарактеризуйте право пациента на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью гражданина при оказании медицинской помощи

Тестовые задания

Выберите ОДИН правильный ответ.

1. ПРАВО САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОБ ОТКАЗЕ ОТ НЕГО ПО ОБЩЕМУ ПРАВИЛУ ПРЕДОСТАВЛЕНО ЛИЦАМ, ДОСТИГШИМ ВОЗРАСТА:

- а) 14 лет;
- б) 15 лет;
- в) 16 лет;
- г) 18 лет.

2. ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

- а) дается в устной форме в присутствии двух свидетелей;
- б) оформляется распиской пациента о том, что он не имеет претензий к лечебному учреждению;
- в) оформляется записью в истории болезни за подписью пациента (его законного представителя) и лечащего врача;
- г) оформляется в письменной форме и подлежит нотариальному удостоверению.

3. КАКИЕ ПРИЧИНЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ НЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАНЫ УВАЖИТЕЛЬНЫМИ:

- а) окончание рабочего дня у врача;
- б) нахождение врача в трудовом отпуске;
- в) отказ пациента оплатить медицинские услуги;
- г) все вышеперечисленные.

4. КТО ВПРАВЕ РАБОТАТЬ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ?

- а) Лица, имеющие высшее медицинское образование, сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской деятельности.

- б) Студенты шестого курса лечебного факультета.
- в) Лица, обучающиеся в ординатуре.
- г) Провизоры.

5. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ВРАЧИ И РАБОТНИКИ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ОБЯЗАНЫ ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ?

- а) Один раз в год.
- б) Один раз в 2 года.
- в) Один раз в 3 года.
- г) Один раз в 5 лет.
- д) Один раз в 10 лет.

6. ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ВРАЧОМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОКАЗАНИЯ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ПОДЛЕЖИТ ВОЗМЕЩЕНИЮ:

- а) Врачом, причинившим вред здоровью пациента.
- б) Лечебным учреждением, где оказывалась медицинская услуга.
- в) Фондом обязательного медицинского страхования.
- г) Страховой медицинской организацией, с которой у ЛПУ заключен договор в рамках обязательного медицинского страхования.
- д) Вред не подлежит возмещению, так как пациент имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности из средств Фонда социального страхования.

7. ПРИГОВОРОМ СУДА, ВСТУПИВШИМ В ЗАКОННУЮ СИЛУ, ВРАЧ ПРИЗНАН ВИНОВНЫМ В СОВЕРШЕНИИ ХИЩЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПО МЕСТУ РАБОТЫ. В СООТВЕТСТВИИ С ТРУДОВЫМ КОДЕКСОМ РФ РАБОТОДАТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО ПРИВЛЕЧЬ ЕГО К МАТЕРИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И УВОЛИТЬ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД МАТЕРИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА.

- а) Полная материальная ответственность.
- б) Ответственность ограничивается средним месячным заработком.
- в) Ответственность ограничивается 50%-ным удержанием из заработной платы.
- г) Привлечение врача к уголовной ответственности исключает возможность применения материальной ответственности.
- д) Ответственность в данном случае несет весь коллектив (отделение) - коллективная материальная ответственность.

Для каждого последующего вопроса или незаконченного утверждения один буквенный ответ является правильным.

ВЫБЕРИТЕ:

А если верно 1, 2, 3	Б если верно 1 и 3	В если верно 2 и 4	Г если верно только 4	Д если верно все
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

8. ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) Министерством здравоохранения и социального развития РФ;
- 2) Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;
- 3) Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию;
- 4) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

9. ПО РОССИЙСКОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ ЭВТАНАЗИЯ ДОПУСКАЕТСЯ:

- 1) по письменному заявлению тяжелобольного;
- 2) для прекращения страданий от болей;
- 3) при заведомо смертельном исходе заболевания;
- 4) запрещается во всех случаях.

10. ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ВОЗМЕЩЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ:

- 1) утраченный потерпевшим заработок (доход);
- 2) вызванные повреждением здоровья расходы на лечение;
- 3) иные дополнительно понесенные потерпевшим расходы, вызванные повреждением здоровья;
- 4) моральный вред.

11. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) психическое расстройство, обуславливающее непосредственную опасность для самого больного и окружающих;
- 2) беспомощность больного вследствие психического расстройства, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- 3) возможность существенного вреда здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи;
- 4) письменное заявление родственников больного, желающего лечить его в условиях стационара.

12. РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В ОТНОШЕНИИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИБО ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ

ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ, ПРИНИМАЕТ:

- 1) главный врач или заведующий отделением;
- 2) консилиум врачей;
- 3) клинико-экспертная комиссия;
- 4) лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача и законных представителей.

13. БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН И ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ЕСЛИ:

- 1) лицо страдает заболеванием, представляющим опасность для окружающих;
- 2) лицо страдает неизлечимым заболеванием;
- 3) лицо страдает тяжелым психическим расстройством;
- 4) лицо находится в состоянии сильного алкогольного опьянения.

14. ИНФОРМАЦИЯ О ФАКТЕ ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАНИНА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ, СОСТОЯНИИ ЕГО ЗДОРОВЬЯ, ДИАГНОЗЕ ЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНЫЕ СВЕДЕНИЯ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ЕГО ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ, МОГУТ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ВОПРОТИВ ВОЛЕ ГРАЖДАНИНА ДРУГИМ ЛИЦАМ В СЛУЧАЕ:

- 1) наличия оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 2) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте 15 лет для информирования его родителей;
- 3) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 4) по письменному заявлению супруга гражданина – этому супругу.

15. ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЯЗАНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ГРАЖДАН БЕСПЛАТНОЙ ДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О:

- 1) местонахождении и режиме работы медицинского учреждения;
- 2) перечне платных медицинских услуг, их стоимости, льготах для отдельных категорий граждан;
- 3) условиях предоставления платных медицинских услуг;
- 4) сведения о квалификации и сертификации специалистов.

16. РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В ОТНОШЕНИИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИБО ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ, ПРИНИМАЕТ:

- 1) главный врач или заведующий отделением;
- 2) консилиум врачей;

- 3) клинико-экспертная комиссия;
- 4) лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача и законных представителей.

Каждый последующий вопрос состоит из двух утверждений, связанных союзом «ПОТОМУ ЧТО».

Сначала определите верно или неверно каждое из двух утверждений по отдельности, а потом, если оба верны, определите верна или нет причинно-следственная связь между ними.

ВЫБЕРИТЕ:

ОТВЕТ	Утверждение 1	Утверждение 2	Связь
А	верно	верно	верна
Б	верно	верно	неверна
В	верно	неверно	неверна
Г	неверно	верно	неверна
Д	неверно	неверно	неверна

17. ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОФОРМЛЕН В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ТОЛЬКО В ПИСЬМЕННОМ ВИДЕ, ПОТОМУ ЧТО отказ пациента от медицинского вмешательства полностью освобождает врача от оказания этому пациенту какой-либо медицинской помощи.

18. ГРАЖДАНИН ВПРАВЕ ПРЕДЪЯВИТЬ ИСК О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТО НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА ОМС, ПОТОМУ ЧТО право гражданина требовать возмещения вреда, причиненного здоровью, предусмотрено Гражданским кодексом РФ.

19. МОРАЛЬНЫЙ ВРЕД ПРИ ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПОДЛЕЖИТ ВОЗМЕЩЕНИЮ НЕЗАВИСИМО ОТ ВОЗМЕЩЕНИЯ ИМУЩЕСТВЕННОГО ВРЕДА, ПОТОМУ ЧТО компенсация морального вреда, причиненного при оказании медицинской помощи, не зависит от вины причинителя вреда.

20. ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОФОРМЛЕН В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

ТОЛЬКО В ПИСЬМЕННОМ ВИДЕ, ПОТОМУ ЧТО отказ пациента от медицинского вмешательства освобождает врача от оказания этому пациенту любой медицинской помощи.

Эталоны ответов

номер задания	ответы	номер задания	ответы
1	Б	11	А
2	В	12	В
3	Г	13	Б
4	А	14	А
5	Г	15	Д
6	Б	16	В
7	А	17	В
8	В	18	А
9	Г	19	В
10	Д	20	Г

Список основной литературы

1. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов/ В.И. Акопов. – Москва: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2004. – 368 с.
2. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах /В.И. Акопов. - М.: Издательство «Приор», 2000. - 208 с.
3. Беседкина Н.И. Медицинское право/ Н.И. Беседкина, Ю.А. Дмитриев, Э.А. Иваева. – Элит 2000, 2006. – 496 с.
4. Глашев А.А. Медицинское право /А.А. Глашев. – Волтерс Клувер, 2004. – 208 с.
5. Колоколов Г.Р. Основы медицинского права. Курс лекций: Учебное пособие для вузов / Г.Р. Колоколов, Н.В. Косолапова, О.В. Никульникова. – М.: Издательство «Экзамен», 2005. – 320 с.
6. Курноскина О.Г. Защита прав при обращении за медицинской помощью /О.Г. Курноскина. – Вершина, 2006. – 184 с.
7. Махонько Н.И. Медицинское право / Н.И. Махонько, Г.Р. Колоколов. – Дашков и К, 2009. – 452 с.
8. Ответственность за правонарушения в медицине: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Александрова О.Ю. [и др.]. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 240 с.
9. Правовые основы здравоохранения в России / под ред. Ю.Л. Шевченко. - М.: ГЭОТАР – Медицина, 2000. - 210 с.
10. Рыков В.А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах/ В.А. Рыков. - Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 288 с.

11. Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: Учеб. пособие/ Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 360 с.
12. Стеценко С.Г. Медицинское право: учебник / С.Г. Стеценко. - СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. - 572 с.
13. Цыганова О.А. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов при осуществлении профессиональной деятельности: учебное пособие/
О.А. Цыганова, Е.А. Мартынов, И.В. Ившин. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2009. – 177 с.